FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 88

DES
CAS DE DYSTOCIE
DUS A L'EXCÈS DE VOLUME ABSOLU OU RELATIF DES ÉPAULES DU FŒTUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 JUILLET 1887

PAR

Auguste-Pierre-Henri DESMONTILS
Né à Sablé (Sarthe), le 6 février 1861

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOUSSOUS,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur.	*juges.*
DUDON,	agrégé,	
LEFOUR,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 88

DES

CAS DE DYSTOCIE

DUS A L'EXCÈS DE VOLUME ABSOLU OU RELATIF DES ÉPAULES DU FŒTUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 JUILLET 1887

PAR

Auguste-Pierre-Henri DESMONTILS
Né à Sablé (Sarthe), le 6 février 1861

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOUSSOUS,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur.	*juges.*
DUDON,	agrégé,	
LEFOUR,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1887

A la Mémoire de mon Grand-Père LE BEDEL

A MES PARENTS

A mon Frère Ernest DESMONTILS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUSSOUS

Professeur de clinique Obstétricale, Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ MONPHOUS

Médecin militaire

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMBROISE DEPASSE

Médecin de la Marine

A MONSIEUR LE DOCTEUR ABELIN

Médecin de 1re classe de la Marine, Chevalier de la Légion d'honneur,
Professeur d'Accouchements à l'école de Médecine de Rochefort.

INTRODUCTION

En suivant le cours d'accouchements professé à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, nous fûmes frappé des difficultés parfois sérieuses apportées à la terminaison de l'accouchement par le volume exagéré, soit absolu, soit relatif des épaules du fœtus. La question nous intéressa, et nous recherchâmes les ouvrages qui pouvaient en traiter. De leur lecture et de quelques conversations que nous eûmes avec différents médecins accoucheurs, il résulta pour nous que, suivant la remarque de M. Bailly (*Gazette des Hôpitaux*, 1868), « il n'est certainement aucun accoucheur occupé à qui cette cause de dystocie ne se soit plusieurs fois offerte. » Cependant, jusqu'à Jacquemier, le silence le plus absolu a été gardé par les auteurs du siècle sur ce sujet. Les traités modernes de l'art des accouchements lui consacrent, mais non pas tous encore, un article généralement fort court à propos de l'excès de volume absolu des épaules comme cause de dystocie fœtale ; puis, parfois, quelques lignes concernant les difficultés d'extraction du tronc après la céphalotripsie. Le traitement particulier de ces cas de dystocie y est rapidement indiqué. Quant aux manuels, la plupart omettent de parler même de cette question. Il arrive alors que souvent des praticiens exercés se trouvant en face des difficultés obstétricales dont nous nous occupons, n'ont plus assez présents à la mémoire les préceptes posés par M. Jacquemier pour triompher de ces difficultés, et s'attardent à des manœuvres, rationnelles il est vrai, mais fréquemment inefficaces, sinon dangereuses pour le fœtus et parfois pour la mère.

Ces réflexions nous ont conduit à penser qu'il ne serait peut-

être pas inutile d'étudier avec quelques détails cette cause de dystocie, de grouper en un même travail, pour la mieux faire connaître, quelques observations puisées à des sources très diverses, et de chercher à en déduire le traitement le plus efficace.

Nous apportons à l'étude de ces cas de dystocie le contingent de quatre observations inédites que nous devons à la bienveillance de M. le Dr Abelin, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine navale de Rochefort. Qu'il nous soit permis de le remercier ici de la sympathie qu'il nous a témoignée et des soins qu'il a pris de nous faire profiter des cas intéressants qu'il a pu rencontrer, tant dans sa pratique particulière que dans son service de la Maternité.

Nous prions M. le professeur Moussous de vouloir bien recevoir l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DES

CAS DE DYSTOCIE

Dus à l'excès de volume absolu ou relatif des épaules du fœtus.

HISTORIQUE

Aetius, dans son Tétrabiblon, résumant l'œuvre d'un certain Philumenus qui vécut 81 ans avant Jésus-Christ avait bien le premier parlé de l'enclavement des épaules et des moyens d'y remédier; mais il ne nous a laissé à cet égard aucun document que nous puissions utiliser ici.

Ce n'est qu'au siècle dernier et vers la fin de l'avant-dernier que nous voyons apparaître avec les Mauriceau, les De la Motte, les Portal, les Rœderer, les premiers ouvrages faisant vraiment époque dans l'art des accouchements. Ce sont ces ouvrages où sont résumées toutes les connaissances obstétricales du temps qui nous fourniront les premiers renseignements sérieux sur le sujet qui nous occupe.

Mauriceau, dans ses dernières observations (Obs. XVIII) cite un cas où l'excès de volume des épaules du fœtus fut nettement la cause de l'arrêt du travail. Nous aurons l'occasion de rapporter cette observation au sujet du traitement qu'elle intéresse tout particulièrement. On retrouvera sur le même sujet deux autres

observations du même auteur dans le tome II de ses « Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris, 1738. Obs. CCCXXXIX et CDXLV. »

De la Motte, chirurgien accoucheur de Valosgnes, parle dans « son Traité complet des accouchements » paru en 1722, chap. X, p. 223, « de l'accouchement où l'enfant a les épaules trop grosses », et ce chapitre ne nous laisse aucun doute sur la connaissance exacte qu'il avait de ce cas de dystocie :

« Quand les enfants, dit-il, ont les épaules trop larges ou trop grosses, elles sont arrêtées par les os sacrum et pubis et ne peuvent descendre dans le vagin quoique la femme soit travaillée de douleurs très fréquentes, que les eaux soient écoulées et que la tête les suive à souhait et soit avancée au passage, prête de paraître au couronnement, sans être ni serrée, ni engagée au lieu où elle est, laissant une pleine liberté à l'accoucheur de promener sa main tout autour sans lui pouvoir aider, etc..... »

Nous ne discuterons pas ici l'explication que donne l'auteur sur l'arrêt des épaules. Nous nous contenterons de faire remarquer que les anciens accoucheurs demandaient à la théorie inexacte de l'enclavement la raison des cas de dystocie dus à l'excès de volume des épaules, et que, d'un autre côté, ils ne se rendaient pas bien compte des rapports des parties fœtales avec les parties maternelles à la fin de la grossesse.

Des nombreuses observations touchant notre sujet et rapportées par De la Motte nous ne retiendrons que les deux suivantes qui nous paraissent des plus concluantes au point de vue de la connaissance qu'avait cet accoucheur de l'arrêt du travail causé par l'excès de volume du fœtus, en même temps que des plus intéressantes pour l'historique du traitement rationnel de ces cas de dystocie.

OBSERVATION I

Le 20 novembre de l'année 1689, on me manda pour accoucher la femme d'un marchand de cette ville; les douleurs qui étaient fortes et fréquentes me firent espérer un prompt et heureux accouchement; confirmé dans cette espérance, par la situation de l'enfant, et les eaux étant formées et prêtes à s'écouler par l'ouverture des membranes, ce qui arriva en assez peu de temps, après quoi la tête de l'enfant s'avança jusqu'au couronnement : tant d'heureux préjugés ne me laissaient plus en apparence que le temps de recevoir l'enfant à la première douleur, et celui d'ordonner à une femme de se tenir auprès de moi avec une serviette bien chaude pour le recevoir : ce que j'exécutai ponctuellement. La première douleur n'ayant pas satisfait ni répondu à mon attente, je remis à celle d'après qui fut multipliée jusqu'à plus de cent, quelque secours que je pusse donner à la malade, et jusqu'à ce qu'enfin à force de tirer de ma part, et la mère de pousser en bas sans relâche, j'achevai de dégager la tête, et me donnai la liberté d'introduire mes doigts jusque sous les aisselles, avec lesquels j'attirai les bras dehors l'un après l'autre ; ensuite de quoi je n'eus plus qu'à tirer sans crainte pour finir l'accouchement, ce que j'exécutais; mais ce ne fut pas sans peine ni sans inquiétude : mon esprit n'ayant pas moins travaillé que mon corps dans cette opération. L'enfant, qui était un garçon, conserva sa vie malgré tous ces efforts.

OBSERVATION II

Le 19 octobre de l'année 1712, l'on me vint prier d'aller à une demi-lieue de cette ville pour accoucher la femme d'un laboureur, qui était en travail depuis trois jours que les eaux étaient percées. Je touchai la femme et trouvai son enfant bien situé, dont la tête, qui était trop grosse, se présentait au fond du vagin, sans être aucunement engagée, et la mère épuisée à n'en pouvoir plus par les longues et continuelles douleurs qu'elle souffrait depuis le commencement de ce travail. Il sortait du méconium en quantité depuis le jour précédent, et le cordon, qui avançait au-devant de la tête en passant par dessous sans sortir du vagin, était froid et sans battement ; ces marques certaines de la mort de l'enfant laissèrent l'entière

liberté de travailler sans rien ménager de son côté; ce qui me fit espérer de terminer l'accouchement très promptement. Voyant la tête si éloignée, sans être engagée ni former aucun obstacle à l'introduction de ma main, je pensais pouvoir aller chercher les pieds. Pour accomplir mon intention, j'introduisis ma main dans le vagin, la passai du côté de la tête de l'enfant et la coulai par dessus son dos, jusqu'au milieu de son corps, sans la pouvoir passer plus loin, à cause que la matrice était si étroitement appliquée sur le reste de son corps, que je fus obligé de retirer ma main et la couler par une route opposée, en la laissant passer par dessous le sternum, mais avec aussi peu de succès; ce qui m'obligea de la retirer une seconde fois, une troisième et une quatrième, sans l'avoir pu porter jusqu'aux pieds; en sorte que cet obstacle me força d'abandonner ce parti pour prendre celui de lui ouvrir le crâne; ce que j'exécutai avec mes ciseaux que je plongeai dans la tête, et que j'ouvris ensuite avec les branches de cet instrument, afin d'élargir cette ouverture autant qu'il fallait pour y pouvoir porter mes doigts, avec lesquels je rompis plusieurs morceaux des os pariétaux, et fis une ouverture assez ample pour vider le cerveau; après quoi je voulus attirer la tête avec ma main poussée sous le crâne, comme je l'ai fait nombre de fois; mais quand elle venait à s'engager entre les os ischion, sacrum et pubis, elle se trouvait serrée de manière qu'il m'était impossible de la faire avancer plus loin; ce qui m'engagea à rompre encore plusieurs morceaux, non seulement des pariétaux, mais aussi du coronal et de l'occipital, avec aussi peu de succès, ma main se trouvant toujours également serrée à ce passage, ce qui m'obligea d'envoyer chercher un crochet, que j'appliquai dans le trou de l'oreille droite, que j'attirai d'une main, pendant que l'autre était appliquée au côté opposé, afin de préserver les parties des atteintes de cet instrument, en cas qu'il vînt à lâcher prise, comme il arriva, sans que je pusse faire avancer la tête dans le vagin. J'introduisis de nouveau le crochet dans l'un des orbites avec la même précaution, il lâcha encore prise. Je l'appliquai dans l'autre orbite, et il ne me réussit pas mieux; je repris haleine, sans néanmoins me rebuter, quoique fatigué au possible; j'envoyai quérir la pince d'un maréchal, voisin de la malade, dont il se sert pour tenir son fer dans la forge; j'engageai l'occipital autant que je le pus dans cette pince, avec laquelle j'attirai la tête hors du passage, qui avait résisté à tout ce que j'avais pu employer pour y parvenir; je la pris aussitôt et fis tout ce que je pus pour achever l'accouchement; mais j'en fus empêché par la largeur des épaules, qui ne résistèrent pas moins à

mes efforts qu'avait fait la tête; ce qui m'obligea de donner cette tête à la sage-femme, à qui je dis de tirer de son mieux, pendant qu'avec mes doigts, que j'avais coulés dessous les aisselles, pour, en les tirant, les faire avancer au passage, ensuite dégager les bras, à quoi je réussis; après quoi je tirai le corps jusqu'aux hanches que je ne pus avoir sans appeler encore une fois la sage-femme à mon secours pour terminer un accouchement que je comptais finir, selon les apparences, avec toute la facilité possible, et que je me vis néanmoins tenté plusieurs fois d'abandonner.

L'enfant était d'une grosseur monstrueuse et l'arrière-faix proportionné à la grosseur de l'enfant, qui était un garçon, qui me parut mort au moins de deux jours.

Les deux variétés de dystocie attribuables à l'excès de volume des épaules du fœtus, et dont nous parlerons plus loin, sont ici bien déterminées; l'obstacle apporté à la marche régulière du travail par la trop grande largeur de la partie supérieure de la poitrine se fit sentir avant l'expulsion de la tête comme après sa sortie. Nous remarquerons aussi dans cette observation le procédé ingénieux employé par De la Motte pour le dégagement de la tête alors que l'on ne connaissait encore ni le céphalotribe, ni le crânioclaste, dont la découverte devait donner plus tard naissance au basiotribe de Tarnier, cet instrument si parfait. Nous y voyons enfin combien paraissait utile aux anciens accoucheurs de recourir dans ces cas malheureux au dégagement des bras, cette manœuvre restée trop longtemps dans l'oubli après eux, et dont Jacquemier plus tard établit si bien la supériorité en donnant de son action une excellente explication.

Smellie (*Obs. sur les accouchements,* t. II, p. 441, Paris, 1756), dit à propos « de la rétention des épaules et du corps de l'enfant après que la tête est sortie » :

OBSERVATION III

En 1730, on me manda précipitamment pour aller au secours d'une dame en travail d'enfant. Il y avait longtemps que la tête était délivrée, et la sage-femme avait tiré dessus par intervalles avec beaucoup de violence, de sorte qu'avant que j'eusse eu le temps de me rendre auprès de la malade, elle se trouva délivrée d'un enfant mort dont les épaules étaient extraordinairement grosses. Plusieurs sage-femmes m'ont souvent fait appeler dans des cas de cette nature, où les enfants se sont fort souvent trouvés morts.

Dans l'Obs. V concernant le même article, il reconnaît la même cause de dystocie et est obligé d'abaisser le bras postérieur du fœtus pour terminer l'accouchement.

Rœderer (*Èléments de l'art des accouchements,* Paris, 1765) établit des règles irréprochables pour opérer le dégagement des bras du fœtus lorsque les épaules le retiennent au passage, et rapporte à ce propos l'observation suivante (Obs. IX, p. 479) :

OBSERVATION IV

Accouchement dans lequel la tête se présente bien, retardé par la largeur des épaules et du bas-ventre, et terminé par le secours de l'art.

Une femme qui avait eu son premier enfant à l'âge de quinze ans, se trouva grosse pour la seconde fois à l'âge de trente. Arrive à terme sans encombre. Premières douleurs vers le milieu de la nuit. Col dilaté complètement vers deux heures du matin. A trois heures et demie, rupture de la poche des eaux. La tête, qui jusqu'alors était restée à l'ouverture supérieure du bassin, descendit peu à peu, de manière que, sur les cinq heures environ, les oreilles et le visage même de l'enfant avaient déjà franchi le détroit. La tête étant bien placée aurait dû être dégagée entièrement par l'action même de la matrice, s'il ne s'était rencontré aucun obstacle : mais malgré la force et la violence des douleurs, elle cessa bientôt d'avancer. M'en étant aperçu, je saisis avec mes deux mains la tête par les tempes,

de manière à former avec elles le forceps, et je l'amenai jusqu'au col. La tête demeura dans cette position ; l'enfant ne donnait nul signe de respiration ou de vie, et pour peu que j'eusse différé d'agir, je l'exposais à périr. Sans perdre de temps, je détournai légèrement la tête du côté droit de la mère. J'introduisis, non sans beaucoup de peine et sans faire souffrir beaucoup la mère, ma main droite entre le col du fœtus et les parties génitales de la mère qui l'embrassaient étroitement. *Je dégageai le bras gauche; j'en fis autant du bras droit*, en poussant la tête du côté opposé. Cette opération faite, le fœtus ne donna plus de signe de vie, et les douleurs, quoique vives, ne le firent pas plus avancer : c'est pourquoi je saisis l'enfant par la poitrine, je l'agitai en divers sens, et après différentes tentatives, qui durèrent environ cinq minutes, je le dégageai entièrement.

La grandeur des épaules, des bras et de tout le corps du fœtus me frappa. Il avait l'air d'un enfant né depuis plusieurs mois. Il avait même la tête telle que l'ont les enfants de plusieurs mois de naissance, c'est-à-dire petite, proportion gardée avec le corps. L'enfant était comme mort au moment de sa naissance, mais bientôt il se ranima en lui introduisant le doigt dans la bouche.

Rœderer ajoute à cette observation les réflexions suivantes qui viennent à l'appui de son diagnostic :

« La situation du visage de l'enfant pouvait me faire connaître que les épaules étaient dans leur situation naturelle. Mais l'obstacle pouvait venir de la largeur ou de la situation transversale des épaules ou de la tuméfaction du bas-ventre ou enfin de la forme monstrueuse du fœtus. Dans tous ces cas, je n'avais pas d'autre parti à prendre que de dégager les bras pour amener l'enfant. Le toucher m'avait mis à portée de connaître que l'obstacle ne venait point des circonvolutions du cordon autour du col de l'enfant. »

Ainsi pour les accoucheurs du 18e siècle les cas de dystocie dus à l'excès de volume des épaules du fœtus ne faisaient aucun doute, et de nombreux faits, bien analysés, par eux venaient témoigner de la justesse de leur opinion. Jacquemier porte à une vingtaine les observations particulières tirées de la pratique de Mauri-

ceau, Portal, De la Motte, Levret, etc., où ce fait principal, l'obstacle que la poitrine et les épaules ont rencontré à traverser le bassin est mis hors de discussion.

Et cependant les accoucheurs de la première moitié de notre siècle gardent le silence le plus complet sur ce sujet ! L'idée de ces praticiens paraît être que là où la tête a passé le corps peut suivre sans difficulté. Des expériences faites sur le passage du fœtus à travers des bassins artificiels étaient venues les confirmer dans cette opinion que lorsque la tête avait franchi l'obstacle, même avec une peine prodigieuse, le corps suivait encore avec une certaine aisance.

Levret, dans un mémoire ayant pour titre : *Cause particulière de l'accouchement laborieux,* a voulu démontrer vers la fin du siècle dernier que l'accouchement pouvait être retardé ou rendu impossible par l'arrêt des épaules trop volumineuses au détroit supérieur. Malheureusement l'explication qu'il donne de cette cause d'entrave à l'accouchement naturel et quelques observations qu'il rapporte à ce propos sont très discutables. Pour lui, la tête, en descendant, se maintenant dans la position transversale, les épaules s'enclaveraient entre le promontoire et le pubis. Jacquemier a discuté cette opinion, et fait remarquer que « l'auteur, sans se tromper sur la cause réelle de dystocie dans ces cas, se l'expliquait mal et se faisait une idée peu exacte de la position normale de la tête et du tronc du fœtus à la fin de la grossesse et aux différentes parties du travail. »

La manière de voir de Levret, de Mauriceau, de De la Motte, de nombreuses observations où ces auteurs semblent rattacher à l'obstacle formé par les épaules des cas de dystocie dont la cause leur a échappé, contribuèrent à faire tomber cette question dans un oubli immérité.

En 1851, Jacquemier la reprit d'une manière absolument scientifique dans un beau mémoire ayant pour titre : « *Du volume de*

la poitrine et des épaules du fœtus comme cause de dystocie ». Il démontre dans ce mémoire que la poitrine et les épaules peuvent, sans que le crâne soit plus gros qu'à l'état normal, être à l'accouchement un obstacle assez considérable pour qu'on soit obligé de recourir à une intervention sérieuse ponr le terminer. Il apporte à l'appui de sa doctrine le contingent de 9 observations où le haut du tronc trop développé pour le bassin dans lequel il s'engageait était seul cause de l'arrêt du travail. Il constate deux variétés de dystocie dues à l'obstacle formé par les épaules. Dans l'une, la tête est sortie, les épaules trop larges ne peuvent passer. Dans l'autre, signalée par les anciens sous le nom inexact d'enclavement des épaules, la tête engagée à travers le détroit inférieur et plus ou moins près de se montrer à l'extérieur cesse d'avancer parce les efforts d'expulsion s'épuisent sur les épaules arrêtées à l'entrée ou sur un point élevé de l'excavation pelvienne et ne se transmettent plus sur la tête.

« Ces deux variétés, dit-il, ne sont pas toujours séparées. Elles sont même ordinairement réunies, c'est-à-dire que les épaules et la partie supérieure de la poitrine, retenues à l'entrée du bassin, après s'être opposées à la sortie de la tête hors des parties génitales, s'opposent encore à la sortie du tronc après avoir été entraînées dans le fond de l'excavation pelvienne. L'obstacle formé par les épaules à la sortie de la tête une fois surmonté, le reste du corps peut suivre sans peine. Mais cet obstacle formé par les épaules peut ne se faire sentir aussi qu'après l'expulsion de la tête. Cette variété est moins rare que les précédentes. »

Les diagnostics de Jacquemier sont savamment discutés. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante tirée de la *Gazette hebdomadaire* de 1860; observation que nous relevons comme modèle, du moins pour ce qui concerne la recherche du diagnostic dans ces cas difficiles.

OBSERVATION V

Dans le courant de mars 1848, je fus appelé rue des Trois-Frères pour terminer un accouchement laborieux; il s'agissait d'une femme âgée d'une trentaine d'années qui était en travail de son troisième enfant et qui souffrait depuis environ dix-huit heures. La sage-femme qui l'assistait m'apprit que le travail avait marché assez vite jusqu'au moment où la tête avait commencé à s'engager dans le détroit inférieur, mais qu'à dater de ce moment et depuis environ 10 heures, malgré des douleurs répétées et soutenues qui soulevaient déjà le périnée, l'expulsion n'avait plus fait de progrès sensibles. En effet, quoiqu'il n'y eût plus à ce moment que des contractions faibles et éloignées, le périnée restait légèrement saillant, et la tête qui se présentait en position occipito-cotyloïdienne gauche, encore un peu oblique et aussi bien située que possible commençait à s'engager sous l'arcade des pubis. Le périnée était souple et peu résistant; le bassin, bien conformé, était large plutôt que moyen; d'ailleurs deux accouchements antérieurs où la période d'expulsion avait été chaque fois très courte, bien que les enfants fussent d'un volume remarquable, excluaient l'idée d'un détroit inférieur resserré ou d'un périnée très résistant. A en juger par l'état présent des choses, on pouvait croire à un défaut d'action de la part de l'utérus, bien que des renseignements précis ne me permissent pas de douter que les efforts d'expulsion avaient été longs et soutenus. L'application du forceps fut, ce qu'elle est en pareil cas, aussi simple que facile. Mais il n'en fut plus de même de l'extraction de la tête, qui après avoir avancé de deux travers de doigt environ, offrit une résistance telle qu'il ne fallut pas moins d'une demi-heure d'efforts soutenus et énergiques pour amener les bosses pariétales au dehors, encore fus-je obligé de refouler en arrière le périnée avec les mains pour la dégager entièrement. Si dès les premières tractions à l'aide du forceps on devait soupçonner que la résistance était placée derrière la tête, cela devenait de toute évidence par l'accroissement de la résistance à mesure que la tête était entraînée à travers le périnée et la vulve minces et souples : aussi mon premier mouvement fut-il de porter l'indicateur autour du cou, croyant y rencontrer le cordon. Je fus effrayé en reconnaissant que le cou de l'enfant avait dû supporter tous les efforts d'extraction.

La tête ne fut pas plutôt abandonnée que, obéissant à un mouvement de retrait, elle vint s'appliquer avec force contre le périnée. Quelques mouve-

ments des lèvres et les battements du cœur annonçaient que le fœtus était vivant. La tête était d'abord si exactement appliquée contre les parties, qu'il me fut impossible d'atteindre aux aisselles avec les doigts. Comme les tractions avec le forceps avaient ramené les douleurs, je me décidai à tirer sur la tête dans le sens le plus favorable au dégagement des épaules pendant que je recommandais à la femme de faire des efforts d'expulsion. Ces tractions assez longtemps continuées n'eurent d'autre effet que de rendre la base de la tête moins exactement appliquée contre le périnée. Je pus alors introduire la main en arrière, et porter l'indicateur sur l'aisselle qui se trouvait correspondre à peu près vers le milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche. Mais il me fut impossible d'atteindre à l'aisselle qui était en avant. J'exerçai de nouvelles tractions en embrassant la racine du bras avec la main entière et en agissant simultanément sur l'aisselle et sur la tête. Mais je n'obtins d'autre résultat qu'un léger mouvement de rotation ; les épaules, qui jusque-là étaient restées dans leur situation oblique primitive, vinrent se placer l'une dans la courbure du sacrum, l'autre derrière les pubis débordant en partie au-dessus de leur corps. Entendant toujours les battements du cœur, j'avais de la répugnance à appliquer un crochet mousse sur l'aisselle accessible, et je me décidai à dégager le bras en retirant ma main. Je ne fus d'abord guère plus avancé, l'épaule située en avant faisant toujours obstacle. Après quelques manœuvres inutiles, comme je pouvais atteindre non l'aisselle, mais la partie moyenne du bras correspondant, je parvins à le dégager à son tour, et alors des tractions énergiques exercées sur les deux bras ne tardèrent pas à entraîner la partie supérieure du tronc à travers le détroit inférieur. Toutes ces manœuvres pour entraîner les épaules et dégager les bras avaient duré plus d'une heure. L'enfant n'était pas dans un état de résolution complète, et au bout de huit à dix minutes, j'eus la satisfaction de le voir respirer pleinement. Mais j'avais fracturé, vers sa partie supérieure, l'humérus situé en avant.

Cet enfant du sexe masculin était remarquable par son volume. Il pesait, y compris une serviette qui l'enveloppait, 5^{k} 500^{gr}. Diamètres de la tête à peu près normaux. Diamètre bi acromial, 16 centimètres. Suites de couches naturelles. L'enfant guérit bien de sa fracture.

Plus loin, dans son mémoire, l'auteur dont nous analysons le travail, traite également avec talent des causes qui peuvent faire naître une disproportion entre les diamètres du tronc du fœtus et

les diamètres du canal pelvien. Enfin, il montre bien la gravité du pronostic, la nécessité d'un diagnostic exact de cette cause de dystocie mal appréciée avant lui, et il a surtout le grand mérite de donner une bonne théorie du procédé opératoire qui doit lui être appliqué, procédé déduit naturellement des conditions mécaniques dans lesquelles se produit l'arrêt des épaules et pour ainsi dire constamment efficace.

Vers 1850, Hohl, de son côté, rapportait dans un mémoire « sur l'excès de volume de la poitrine du fœtus » (*Nouveau Journal d'accouchements et de maladies des femmes*, t. XX, p. 92 et suiv.) deux cas qui lui sont personnels et dans lesquels il a pu vérifier cette cause de dystocie sur des femmes dont le bassin était parfaitement normal.

Adelmann (même journal, t. VIII, p. 410) cite un cas analogue chez une femme qui avait eu antérieurement trois accouchements spontanés. Le quatrième enfant présentait un diamètre bi acromial tellement exagéré que, pendant l'extraction, ses deux épaules se trouvèrent en contact en avant et le sternum rapproché de la colonne vertébrale.

Depuis la lecture de son mémoire à l'Académie de médecine (1851), Jacquemier publia, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1857, deux nouvelles observations se rapportant à l'excès de volume des épaules du fœtus.

La même année, Stoltz (*Gazette médicale de Strasbourg*, p. 410) citait un cas de dystocie dû à cette même cause.

Silbert d'Aix (*Moniteur des Hôpitaux*, 1857) rapporte un fait analogue. Après deux applications inutiles de forceps et une tentative de version, la femme mourut sans être délivrée. L'enfant pesait 7 kilogrammes; taille 62 centimètres; diamètre bi acromial 175 millimètres. Par une triste coïncidence, cette femme qui avait déjà accouché une fois spontanément, avait un bassin un peu rétréci régulièrement dans toutes ses dimensions.

En 1863, Joulin, dans une thèse intitulée : *Des cas de dystocie dus aux fœtus*, étudie de nouveau la question et en fait un rapide historique.

Bailly (*Gazette hebdomadaire*, 1868) la reprend à son tour et apporte à l'appui de la doctrine de Jacquemier deux observations nouvelles. Nous signalerons seulement ici la suivante qui vient confirmer un grand nombre des idées que nous émettrons dans la suite de ce travail.

OBSERVATION VI

Le 4 juin 1868, Mme D..., mère de deux enfants nés spontanément et parvenue au terme d'une troisième grossesse, ressentit, vers 4 heures du matin, les premières douleurs de l'enfantement.

A 6 heures, la dilatation de l'orifice était fort avancée, et je constatais à travers les membranes encore intactes une présentation du crâne en O. I. D. P. Le travail marchait avec régularité, les contractions avaient de l'énergie, et vers 8 heures du matin, la tête de l'enfant franchissait la vulve contre laquelle elle demeura étroitement appliquée par sa base. Comme elle se congestionnait rapidement, et que, malgré les efforts de la mère le tronc tardait à sortir, je me mis en devoir de l'extraire. Saisissant la tête par ses côtés, je cherchai par des tractions convenables à abaisser les les épaules. Je ne pus y parvenir ; supposant que le plan du lit nuisait à la bonne direction de mes efforts, je fis exhausser le siège de l'accouchée sur un coussin et sur les poings de la garde. J'eus alors toute facilité de tirer dans un sens favorable, et je déployai, je l'avoue, une force assez grande sans plus de succès que précédemment. La tête ne bougea pas, elle resta fortement appliquée contre la région périnéale, dans laquelle le menton plus aigu que les autres parties avait en quelque sorte réussi à se creuser une loge.

Il n'est pas douteux pour moi qu'en continuant des tractions ainsi faites j'aurai plutôt rompu le cou de l'enfant que d'extraire le tronc. Je n'insistai donc pas, et, glissant ma main droite dans la concavité du sacrum, j'atteignis à grand'peine l'épaule droite du fœtus que les résistances du bassin avaient refoulée assez profondément vers la base du thorax. J'abaissai sans

difficulté cette épaule vers le milieu de l'excavation quand mon doigt indicateur eut réussi à accrocher l'aisselle, et de nouvelles tractions modérées faites sur la tête amenèrent le dégagement rapide du tronc. L'enfant vécut, il était volumineux. Il pesait, nu, 4 kil. 850 gr. Diamètre bi acromial 14 centimètres.

Plus récemment, M. le Dr Lizé (du Mans) a publié, dans les *Annales de Gynécologie de 1880,* un long travail intitulé : « *Recherches sur les différents obstaclcs qui retiennent le fœtus quand sa tête seule ou suivie d'une partie du tronc a franchi l'orifice vulvaire pendant l'accouchement.* » Il cite dans ce mémoire de nombreuses observations sur les causes qui peuvent faire naître un défaut de proportion entre les épaules du fœtus et la filière qu'il leur faut traverser.

Enfin, M. Ribemont-Dessaignes s'est occupé spécialement l'an dernier dans les *Annales de Gynécologie* des difficultés du dégagement des épaules après la basiotripsie et des moyens d'y remédier. Nous aurons l'occasion d'en reparler plus loin.

ETIOLOGIE

Les causes qui peuvent produire l'arrêt des épaules pendant l'accouchement peuvent dépendre soit du fœtus, soit de la mère. Elles peuvent à la fois dépendre et du fœtus et de la mère.

Du côté du fœtus, nous noterons en premier lieu l'hypertrophie physiologique des épaules ou plus fréquemment l'excès de volume total du corps. Velpeau avec Dugès n'admettait pas ces cas de dystocie. Il en était de même de Cazeaux. Ces auteurs considéraient, avec la plupart des accoucheurs de leur époque, comme impossible que le volume seul du fœtus pût constituer un obstacle à l'accouchement spontané. Leur opinion est infirmée par les faits, et si le volume de l'enfant en dehors de toute complication est une cause assez rare de dystocie, des exemples assez nombreux prouvent d'une manière évidente que cette circonstance seule peut nécessiter l'emploi des moyens les plus extrêmes pour terminer la parturition. Le volume excessif du fœtus, fait remarquer Stoltz, peut donner lieu à des difficultés d'expulsion alors même que toutes les autres conditions organiques ou dynamiques sont réunies pour rendre l'accouchement facile.

L'influence du sexe sur l'excès de volume du fœtus n'est pas douteuse. Ce sont les enfants du sexe masculin qui présentent particulièrement cette anomalie de développement. Les statistiques que l'on peut faire à cet égard sont absolument probantes. Stoltz toutefois dit à propos de l'excès de volume des épaules seules (Dictionnaire de Jaccoud, art. *Dystocie*) : « Plus d'une fois nous avons trouvé le tronc extraordinairement volumineux alors que le volume de la tête n'excédait pas celui qu'on voit d'ordinaire chez le fœtus à terme. C'est chez les enfants du sexe

féminin, généralement plus gros et plus courts que les mâles, que nous avons observé cette disproportion le plus souvent; dans ces cas, on voit la tête être expulsée sans grande difficulté et les épaules restent arrêtées au passage quoique s'y présentant dans une bonne direction. Il faut aider à leur dégagement par des tractions exercées au moyen d'un ou de plusieurs doigts recourbés en crochet placés dans les aisselles, ou à l'aide d'un crochet métallique mousse. »

Lorsque l'arrêt du travail est dû à cette cause dans son état de pureté absolue, il faut en général que le volume du fœtus soit extraordinaire pour le produire. Mais que le bassin de la femme soit plutôt petit que moyen, un fœtus même normal pourra y occasionner un arrêt des épaules très difficile à surmonter. Qu'il s'agisse de gros enfants avec un bassin de dimensions moyennes ou d'un fœtus médiocrement développé avec un bassin rétréci, dans les deux cas, il y aura altération des rapports d'étendue normaux du fœtus et du canal pelvien, et dès lors les conditions physiques se trouveront absolument les mêmes et les indications opératoires identiques.

La mort du fœtus peut aussi mettre obstacle au passage des épaules dans le conduit génital. Voici de quelle façon : l'enfant commence à se putréfier, les os de la voûte et même de la base se dissocient et deviennent mobiles; le relâchement des sutures permet à la tête de se mouler sur la filière pelvienne et de la franchir malgré les rétrécissements prononcés dont elle peut être le siège. Quant au tronc, il ne suit pas le même amoindrissement; les voies ne lui sont plus, comme dans les accouchements ordinaires préparées par le passage de la tête et sa résistanee ne peut être vaincue que par l'intervention de l'accoucheur. Les observations sur ce sujet sont nombreuses, nous ne citerons que la suivante empruntée à De la Motte :

OBSERVATION VII

(Abrégée)

Du laborieux accouchement d'une femme dont l'enfant était mort en son ventre depuis onze jours, laquelle femme croyait être grosse de plus de onze mois entiers.

Le 10 août 1683, j'ai accouché une femme âgée de 42 ans de son premier enfant, qui était très gros et qu'elle portait mort en son ventre depuis 11 jours entiers...
.... Elle fut durant 3 jours en travail, ses douleurs cessant de temps en temps par intervalles, et souffrant de très fréquents et violents vomissements avec faiblesses et tournoiements de tête qui me faisaient craindre qu'elle ne fut surprise de convulsions ; pour raison de quoi je la fis saigner par deux fois du bras ; et, comme son enfant était fort gros et que sa tête qui était toute molle à cause de sa corruption ne pût pas assez dilater le passage, cela fut cause que ce gros enfant y resta fortement engagé au droit des épaules qui étaient si grosses que je fus obligé d'introduire les doigts de ma main jusque sous une des aisselles pour aider à le tirer dehors. La mère nonobstant un si laborieux travail se trouva bien après. Je l'ai accouchée plus tard fort heureusement au terme de 9 mois d'un autre enfant qui était une grosse fille qui se portait très bien.

L'emphysème du fœtus peut être également une cause de l'arrêt des épaules pendant l'accouchement.

Différents cas en ont été signalés par les auteurs anciens, puis par M. Depaul vers 1856, et plus récemment par MM. Hergot et Lizé (du Mans). « Dans un cas particulier cité par Cazeaux, non seulement les gaz s'étaient développés en grande quantité dans les cavités abdominale et thoracique, mais encore les membres du fœtus offraient une infiltration telle *que leur volume était au moins doublé*. Après l'extraction de la tête par le forceps, l'application du céphalotribe sur le tronc fut jugée nécessaire et l'instrument serré de manière à obtenir une réduction considérable et un moyen de traction solide. Pendant qu'on agissait ainsi, il

s'échappait avec bruit une grande quantité de gaz d'une odeur fétide, et ce n'est qu'après des tractions énergiques qu'on parvint à dégager la poitrine et à entraîner l'enfant. L'utérus en se rétractant expulsa des gaz semblables aux précédents. »

Remarquons avant d'aller plus loin que, si le diagnostic avait été bien établi, une ponction préalable de la poitrine et de l'abdomen aurait probablement rendu inutile l'action du céphalobribe. D'un autre côté, avant d'avoir recours à ce moyen extrême, pourquoi n'avoir pas tenté le dégagement des bras? De nombreux exemples tirés de la pratique des accoucheurs du XVII[e] siècle indiquent qu'ils n'omettaient point d'avoir recours à cette manœuvre dans des cas semblables, et cela presque toujours avec efficacité.

Les épanchements de sérosité constituant l'hydrothorax et l'œdème généralisé, accompagnés ordinairement d'ascite, peuvent être encore des causes d'augmentation de volume du tronc du fœtus et s'opposer au dégagement des épaules. Ces cas difficiles à diagnostiquer sont d'ailleurs relativement très rares. On trouvera sur ce sujet quelques bonnes observations dans les *Annales de Gynécologie de 1880*.

Du côté de la mère, les causes qui peuvent rendre exagéré le volume relatif des épaules du fœtus tiendront surtout aux différentes sortes de rétrécissements du bassin. Le rétrécissement sera d'autant plus dangereux qu'il portera sur un point plus haut du canal génital et rendra par ce fait plus difficile l'accès des aisselles. La moindre exagération du volume des épaules du fœtus se trouvera ici semblable à une hypertrophie notable de ces parties par rapport à un bassin normal. Lorsque l'on aura affaire à un bassin rétréci, si la tête s'est dégagée spontanément, chez un fœtus vivant, l'arrêt des épaules sera très exceptionnel. On le rencontrera plus souvent, bien que rarement encore après les applications de forceps, de céphalotribe ou de basiotribe pour l'extraction de la tête.

L'obstacle apporté à la progression des épaules sera assurément plus considérable s'il reconnait pour cause le bassin généralement trop petit signalé par Nœgelé. C'est que, dans ce bassin, l'étroitesse ne sera plus seulement bornée à un point du canal; elle existera dans tous les sens, et par cela même réagira davantage contre les contractions utérines et les efforts volontaires de la parturiente qui deviendront impuissants à produire le dégagement du tronc. Tel est le cas signalé par Silbert d'Aix et dont nous avons déjà dit plus haut quelques mots.

L'étroitesse de la vulve a été encore indiquée par Lizé comme une cause de l'arrêt des épaules au détroit inférieur.

D'autres facteurs peuvent venir augmenter l'intensité de l'obstacle apporté par ces causes à l'accouchement normal. Telles seront, par exemple, les positions inclinées du sommet, les mento-postérieures, positions dont les effets se feront surtout sentir avant le dégagement de la tête.

Mais la cause secondaire de l'arrêt des épaules dont nous n'avons point encore parlé et avec laquelle il faudra le plus souvent compter est l'inertie utérine, ou mieux, le défaut d'énergie des contractions utérines. Ce défaut d'énergie apparaîtra surtout après le dégagement de la tête, et d'autant plus sûrement que celle-ci rencontrant plus d'obstacles à sa sortie aura davantage fatigué la matrice. L'utérus affaibli se trouvera alors vis-à-vis d'un fœtus normal, quant à ce qui concerne son expulsion, dans les mêmes conditions qu'un utérus normal dont les contractions auraient conservé toute leur énergie vis-à-vis d'un fœtus volumineux. La force déployée par l'agent expulseur sera trop faible et le dégagement des épaules insuffisamment poussées au dehors ne s'effectuera plus.

Signalons encore en passant le spasme possible du col après le dégagement de la tête. Cet accident se produira surtout après l'administration intempestive du seigle ergoté.

Rœderer (Obs. XI, p. 491) rapporte le fait d'un accouchement terminé lentement parce que l'orifice de la matrice serrait étroitement le col de l'enfant. Il dit à ce sujet : « L'orifice de la matrice dont le bord n'était pas entièrement aminci et qui était encore dur et raide dans une grande partie de sa circonférence se contracta et embrassa fortement le col de l'enfant. Le cercle livide que j'y ai observé me confirma dans le soupçon de cette stricture ou étranglement assez fort pour avoir donné la mort à l'enfant. » Jacquemier, dans le mémoire dont nous avons déjà parlé, signale cette cause d'excès de volume relatif des épaules du fœtus. Lizé, de son côté, rapporte une observation tirée de la pratique des accouchements par Mme Lachapelle (Obs. LXII, page 290 et suivantes) où le resserrement de l'orifice utérin autour du cou du fœtus vint mettre obstacle au dégagement des épaules.

A titre exceptionnel, nous signalerons quelques cas rapportés par Lizé où ce furent, soit une tumeur du cou, soit un déplacement de l'avant-bras appuyé sur la nuque et solidement fixé entre le cou et la symphyse pubienne qui produisirent l'arrêt des épaules dans l'excavation.

N'oublions pas avant de terminer de parler de l'influence des grossesses antérieures sur le volume de plus en plus considérable des fœtus. Robert Barnes, en 1873, dit : « C'est un fait de l'expé-
» rience que quelques femmes accouchent de plus en plus diffici-
» lement dans leurs couches successives. Je pourrais rapporter
» l'histoire de plusieurs femmes dont les premiers accouchements
» ont été naturels et dont les suivants ont été d'une difficulté
» croissante depuis l'application du forceps jusqu'à la crâniotomie.
» D'Outrepont dit avoir constamment observé que chez les fem-
» mes fertiles qui ont eu d'abord des enfants petits, les enfants
» suivants ont été de plus en plus gros. » Nous-même avons remarqué ce fait dans la plupart des observations nombreuses que nous avons consultées pour traiter ce sujet.

M. Jacquemier dans son mémoire a donné une bonne explication de la façon dont se produit l'arrêt des épaules par suite de leur volume absolu ou relatif. Voici exposé rapidement le résumé de sa doctrine si féconde en heureuses déductions :

« La cage thoracique présente la forme d'un cône sur les côtés duquel les épaules attachées par des parties mobiles peuvent glisser dans le sens vertical. Lorsque pendant l'accouchement, le thorax s'engage dans l'excavation pelvienne, les épaules comprimées par le détroit supérieur ou par les parois convergentes du petit bassin tendent en vertu de leur mobilité à remonter et à se rapprocher de la base du thorax, c'est-à-dire qu'elles se portent sur des segments du cône dont le diamètre s'accroît d'une façon progressive. Dans les conditions ordinaires l'ampleur du bassin réduit ces résistances à de faibles proportions et la marche du travail n'en est point entravée ; mais admettons que la poitrine de l'enfant présente un développement exceptionnel, ou le bassin des dimensions un peu moindres que d'ordinaire, qu'en un mot il existe une disproportion entre le canal pelvien et la partie supérieure du tronc, la progression de celui-ci va se trouver forcément arrêtée. Si dans ces conditions on se borne à opérer des tractions sur les parties déjà dégagées, c'est-à-dire sur la tête, on ne réussira pas à engager le thorax ».

Dans tous les cas observés par Jacquemier la situation du tronc était diagonale et absolument normale; mais tandis que l'épaule antérieure semblait arrêtée partie au-dessus, partie au niveau de l'un des pubis, l'épaule postérieure était déjà profondément engagée et placée au-devant de la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. Cette situation diagonale de la poitrine persiste alors même que la tête est dégagée depuis plus ou moins de temps, et les changements qu'elle peut subir sont presque toujours l'effet des manœuvres auxquelles l'accoucheur a été obligé de recourir.

DIAGNOSTIC

Tant que la tête n'aura pas franchi la vulve, il sera très difficile, pour ne pas dire impossible, de rapporter dans les cas qui nous occupent l'arrêt du travail à sa véritable cause, l'introduction de la main dans les organes génitaux, nécessaire pour porter un diagnostic exact, ne pouvant être pratiquée que très exceptionnellement. Jacquemier fait remarquer que « lorsque la poitrine exige l'emploi des forces expultrices pour descendre dans l'excavation, c'est juste au moment où, sous l'influence de ces mêmes forces, le vertex a à triompher des résistances naturelles pour convertir peu à peu le périnée en un canal faisant suite à l'excavation pelvienne, court en avant, long en arrière et se terminant à la vulve. Par conséquent l'excès de volume des épaules entravant la sortie de la tête se confondra non seulement avec la résistance naturelle du vagin, du périnée et de la vulve, mais encore avec toutes les autres causes de dystocie que la tête peut rencontrer en s'engageant dans le détroit inférieur. » Ainsi pour peu que ces causes diverses combinent leurs effets, la largeur des épaules pourra facilement ne pas être même soupçonnée. C'est ce qui avait fait dire à Stohl que parfois la perforation du crâne a été pratiquée pour de prétendus excès de volume de la tête qui appartenaient simplement à l'excès de volume des épaules. Tant que le fœtus est dans la matrice, son volume ne peut être apprécié.

Une présentation normale, une tête, pour ainsi dire, libre dans l'excavation, permettant à l'accoucheur de promener sa main tout autour; l'application facile du forceps et malgré cela la difficulté de la progression de la tête vers la vulve, la nécessité de refouler en arrière le périnée pour la dégager et la constatation de ce fait

que, dès qu'elle est abandonnée après son dégagement, elle vient s'appliquer fortement par sa base contre les parties génitales de la mère; enfin cet arrêt du travail coïncidant avec des contractions utérines énergiques et la souplesse du périnée; l'impossibilité de modifier cet arrêt soit par la marche, soit par la position donnée à la femme; toutes ces conditions seront autant d'éléments qui pourront mettre sur la voie du diagnostic sans qu'il soit cependant encore possible de le préciser. On reconnaîtra bien que l'obstacle apporté à la progression de la tête siége au-dessus d'elle, mais il restera encore à chercher à laquelle des nombreuses causes qui peuvent retenir le tronc après l'expulsion de la tête, on devra l'attribuer. Et parmi ces causes la plus commune sera la brièveté accidentelle du cordon dont le diagnostic exact ne peut se faire qu'avec le doigt porté sur le cou du fœtus.

Après la sortie de la tête, le diagnostic est généralement plus facile. Quelques-uns des éléments dont nous venons de parler serviront encore à nous y conduire. Nous y arriverons surtout en procédant par voie d'élimination; écartant successivement la résistance du périnée, le défaut d'énergie des contractions utérines, le défaut de rotation des épaules, la brièveté accidentelle du cordon fréquemment produite par des circulaires autour du cou du fœtus. On pourra croire encore à des obstacles d'une autre nature, tels que brièveté naturelle du cordon, tumeurs adhérentes à l'enfant, hypertrophie d'organes, etc., mais ces causes de dystocie ne se présentent qu'à titre tout à fait exceptionnel et d'ailleurs la plupart d'entre elles sont ordinairement d'un diagnostic impossible.

L'étroitesse de la vulve, l'absence de rotation des épaules se constateront directement.

La longueur du travail, la formation d'une poche des eaux volumineuse, des traces de rachitisme, les renseignements fournis sur l'enfance de la femme et sur ses accouchements antérieurs,

une mauvaise présentation du sommet pourront, alors même que la tête sera engagée, mettre sur la voie d'un vice de conformation du bassin, et nous feront songer immédiatement à un excès de volume relatif des épaules si le tronc ne peut suivre l'expulsion de la tête et qu'en même temps nous ne constations ni inertie utérine ni circulaires autour du cou.

L'emphysème généralisé du fœtus n'existera que si l'enfant est mort et au bout d'un certain temps seulement après la rupture des membranes. Il sera indiqué par l'expulsion de liquides et de gaz fétides coïncidant avec les autres signes de la mort du fœtus, par une crépitation spéciale des tissus accessibles au doigt, lorsque celui-ci les pressera. On constatera en même temps le relâchement des sutures, une tuméfaction considérable du cuir chevelu, etc.

Le spasme du col de l'utérus, rare après la sortie de la tête, coïncidera souvent avec un utérus tétanisé, car il sera ordinairement dû à l'administration intempestive du seigle ergoté.

Quant à l'hydrothorax, l'ascite, les tumeurs diverses du fœtus, leur diagnostic ne pouvant guère être fait qu'en portant la main toute entière dans l'utérus, manœuvre fréquemment impossible, il est à peu près inutile d'en parler ici. Il ne faudra d'ailleurs songer à rechercher ces causes que si l'on croit avoir bien reconnu que l'arrêt du travail n'est point dû à l'excès de volume des épaules du fœtus et ne peut être modifié par celles des différentes manœuvres sans danger pour l'enfant et pour la mère qui devront nous servir pour vaincre cet obstacle. Nous parlerons plus loin de ces manœuvres.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'excès de volume des épaules du fœtus portant obstacle à l'accouchement spontané est toujours sérieux, souvent très grave pour le fœtus et parfois en même temps pour la mère. Dans la plupart des cas où elle se présente, cette cause de dystocie nécessite pour la terminaison de la parturition une intervention active de la part de l'accoucheur. Sa rareté relative, la difficulté de son diagnostic, l'oubli surtout dans lequel elle est restée si longtemps, font que le praticien, la méconnaissant fréquemment, dirige, ainsi que l'ont fait remarquer plusieurs auteurs qui ont abordé ce sujet, son intervention dans un sens souvent fâcheux pour le fœtus et parfois aussi pour la mère. Hergott pense que pour ces raisons cette cause de dystocie doit coûter la vie chaque année à un grand nombre d'enfants.

La compression prolongée que la partie fœtale arrêtée par l'excès de volume des épaules exerce en un des points du canal génital sur les parties molles de la mère aura souvent des conséquences fâcheuses. Suivant qu'elle durera plus ou moins longtemps et sera plus ou moins intense, de vives douleurs, l'inflammation, la gangrène, déterminant des fistules consécutives, des paralysies des membres inférieurs et de l'utérus même dues à la compression des nerfs sacrés pourront en être le résultat.

Les parois du conduit génital, comme étranglées entre la partie du fœtus qui ne peut passer et le bassin, deviennent douloureuses, s'œdématient, se gonflent et peuvent de leur côté accroître l'obstacle apporté à l'accouchement. L'état général de la mère, épuisée par la longueur du travail, peut devenir très grave et entraîner la mort de la patiente avant même la fin de la parturition.

Le fœtus, de son côté, souffre de la pression prolongée de l'utérus et de la difficulté des échanges, souvent même suspendus entre le placenta et la matrice ; il peut mourir enfin d'apoplexie ou d'asphyxie. Nous ne ferons que noter la gravité de l'intervention lorsque le chirurgien sera obligé d'avoir recours, soit à des tractions énergiques sur la tête ou sur les bras, soit à l'application du crochet mousse, soit aux différentes manœuvres de l'embryotomie.

TRAITEMENT

Considérons d'abord le cas où l'arrêt des épaules au détroit supérieur retient la tête plus ou moins engagée dans l'excavation ou au détroit inférieur. Le diagnostic exact de la cause apportée au dégagement de cette tête ne sera pas fait d'ordinaire. Mais admettons même qu'il puisse être établi, les indications n'en seront pas changées. Nous basant sur ce précepte qu'on ne doit jamais laisser séjourner cette tête plus de deux heures dans l'excavation et *à fortiori* à la vulve sans s'exposer à faire courir souvent de très grands dangers aux parties maternelles, nous chercherons d'abord à compléter son dégagement et nous aurons recours dans ce but au forceps. Cette intervention sera d'autant plus dangereuse pour le fœtus que la résistance qu'opposera la partie supérieure du tronc à descendre dans le bassin sera plus considérable. La partie supérieure du rachis devra subir, en effet, une distension proportionnée à cette résistance; et celle-ci, fait observer Jacquemier, a été si grande dans certains cas qu'il est bien permis de croire qu'elle a pu être portée au point de déterminer immédiatement la mort. Des accidents semblables sont heureusement très exceptionnels, à cause et de la résistance des ligaments vertébraux tant que le fœtus n'a pas commencé à se décomposer, et du peu d'étendue qui reste à la tête à parcourir, du moins en avant, où la longueur du cou égale généralement la hauteur du pubis. L'abaissement des épaules obtenu grâce aux tractions opérées par le forceps, et, d'un autre côté, l'allongement du cou dans les limites normales suffiront alors pour amener la base de l'occiput sous l'arcade pubienne. Enfin on en est un peu revenu aujourd'hui des dangers

que fait courir au fœtus la distension ou la torsion du cou. Les expériences du Ribemont sur des fœtus congelés semblent prouver qu'à moins de porter ces manœuvres très loin les enfants n'en tirent pas grands inconvénients.

Dans les cas où une première application de forceps n'aura point permis d'amener la tête au dehors, on pourra, si l'état de la mère est satisfaisant, attendre encore et tenter une deuxième, parfois même une troisième application. Mais alors, si l'on n'a point obtenu de résultat, il ne faudra pas rester plus longtemps sans intervenir d'une façon plus active, la temporisation pouvant devenir fatale pour la mère. La crâniotomie s'imposera. Elle sera facile, la tête étant très près de l'extérieur. Comme elle aura surtout pour but de permettre d'agir directement ensuite sur l'obstacle lui-même, « il faudra, dit Jacquemier, pour peu que le besoin s'en fasse sentir, non seulement ouvrir le crâne et en faire sortir la matière cérébrale, mais encore enlever en partie les os larges qui en forment la voûte de façon à pouvoir dégager les bras le plus facilement et exercer des tractions sur eux. » Pour nous, l'obstacle à l'introduction de la main reconnaissant souvent pour cause l'irréductibilité de la base du crâne, nous préférerions, après la perforation du crâne, faire une application du basiotribe de Tarnier dont la prise solide et le double broiement nous permettraient très vraisemblablement d'attirer la tête au dehors, et dans tous les cas, grâce à la réduction obtenue sur la base, nous faciliteraient la recherche de l'un ou des deux bras et leur dégagement soit directement, soit en fracturant l'humérus au besoin, suivant la méthode de Ribemont Dessaignes.

La tête une fois sortie, ou bien les épaules ne sont pas déjà suffisamment engagées, elles sont demeurées au détroit supérieur ou à leur niveau, et les aisselles sont inaccessibles avec le doigt (c'est alors qu'au lieu de retomber entraînée par son propre poids, la tête obéissant à un mouvement de retrait viendra, sitôt son

dégagement effectué, se fixer solidement par sa base contre les parties maternelles); ou bien les épaules seront fortement engagées, parfois même assez près de l'orifice vulvaire, les aisselles seront facilement accessibles, et dans ce cas souvent le mouvement de rotation sera la cause principale du défaut d'expulsion du tronc.

Avant d'aller plus loin, remarquons qu'à cette période de l'accouchement qui suit le dégagement de la tête, le défaut d'énergie de l'utérus surmené déjà par un travail prolongé peut produire ces mêmes phénomènes et vient souvent ajouter ses effets à ceux de la cause principale dont nous nous occupons. C'est donc un élément dont il faudra toujours tenir compte, et il ne faudra pas négliger d'avoir recours à tous les moyens qui peuvent rendre alors à l'utérus son énergie, même à la temporisation, si l'indication d'agir activement n'est pas trop pressante. Des contractions utérines énergiques, aidées des efforts volontaires de la mère, viendraient, en effet, seconder puissamment dans leur action les moyens artificiels employés pour le dégagement des épaules.

Cette remarque faite, voyons de quelle façon nous devrons nous y prendre pour opérer ce dégagement ?

Le mouvement de rotation qui doit porter normalement le diamètre bi acromial dans la direction du diamètre antéro-postérieur du bassin n'est-il pas accompli ? Il faudra, en premier lieu, tâcher de le produire, soit en agissant sur la tête, soit en agissant sur les aisselles. Après la rotation qui devra s'effectuer au moyen de mouvements très doux, surtout si l'on agit sur la tête, on pourra essayer par des tractions légères sur la tête du fœtus d'opérer l'extraction des épaules, en dirigeant ses efforts d'abord par en bas pour dégager l'épaule antérieure, puis par en haut pour l'épaule postérieure. Les tractions sur la tête du fœtus ne devront jamais être énergiques. Bien que les expériences de Ribemont, dont nous avons déjà parlé, établissent que des tractions graduées,

sans secousses et sans mouvements de torsion, puissent régulièrement exercées, être portées très loin sans déterminer de lésions graves du fœtus, et que Jacquemier fasse observer que, lorsque la tête a été arrachée, on a dû non seulement tirer, mais encore tordre le cou, pour opérer le déplacement des épaules, ces tractions ont été trop fréquemment suivies de lésions graves pour que l'on songe à s'y livrer sans craintes. Aussi faudra-t-il les abandonner si, pour obtenir le dégagement du tronc, on est obligé de les rendre énergiques. Il faudra bien toutefois y revenir, si l'on ne peut introduire les doigts dans le vagin pour aller dégager les aisselles, ce qui arrivera lorsque la tête, trop fortement appliquée contre la vulve, fermera l'entrée de l'excavation.

Tel est l'exemple que nous rapportons ici. Nous l'avons tiré de la *Gazette hebdomadaire* de 1860 où Jacquemier l'avait cité.

OBSERVATION VIII

Mme C..., domiciliée à Paris, âgée de 22 ans, primipare, brune, mince, santé habituellement bonne, bassin bien conformé, n'a éprouvé dans le cours de sa grossesse aucun accident. Le travail débute à terme à onze heures du soir ; au bout de quelques heures, les douleurs sont vives, rapprochées ; l'orifice utérin souple se dilate régulièrement. En prenant de l'intensité sans devenir moins fréquentes, les douleurs déterminèrent des nausées et des vomissements qui se répétèrent plusieurs fois dans l'espace de trois heures. Pendant ce temps le travail avait marché, une petite quantité de liquide amniotique s'était écoulée, et, à six heures du matin, l'occiput légèrement tourné à gauche s'engageait sous l'arcade des pubis.

A dater de ce moment, le travail ne fit aucun progrès, bien que les vomissements eussent cessé et que la pression exercée sur le rectum provoquât de grandes douleurs d'expulsion. A midi, les choses étaient dans le même état qu'à six heures du matin. Le forceps fut proposé et accepté ; l'application en fut facile et prompte, mais des tractions progressives et méthodiques ne purent amener la tête au dehors. L'instrument fut retiré sans qu'il survînt rien d'anormal ; des douleurs plus vives reparurent mais sans résultat.

Au point extrême où était arrivée l'expulsion, et en comparant la médiocre résistance du périnée avec le mouvement rapide et étendu de retrait de la tête lorsqu'il cessait les tractions, le docteur Clavel, qui m'avait fait appeler, était resté convaincu que l'obstacle était situé au-dessus de la tête et sur le tronc lui-même. Quoiqu'il se fût écoulé plus de trois heures depuis la dernière tentative d'extraction, les choses étaient toujours dans le même état. Le forceps fut appliqué de nouveau, et à l'aide de tractions prolongées et soutenues, je parvins à faire avancer un peu l'occiput sous l'arcade du pubis, et assez pour dégager la tête en forçant le mouvement d'extension. Tendant à remonter, la tête restait fortement appliquée par sa base contre le périnée. *Dans l'impossibilité d'introduire les doigts dans les parties, il fallut, à la fin, me résigner à saisir solidement l'occiput et le menton, et à exercer des tractions* qui durent être fortes et prolongées pour surmonter la résistance que les épaules éprouvaient à suivre la tête. L'enfant pesait 4 kil. 100 gr.; diamètre bi acromial, 125.

Les accidents qui suivirent furent nuls pour l'enfant. Pour la mère, ils consistèrent en une douleur vive de l'aîne gauche avec impossibilité de remuer le membre correspondant pendant plusieurs jours, en une rétention d'urine qui dura dix jours et nécessita l'emploi fréquent de la sonde, enfin en une constipation opiniâtre. Les lochies, d'abord épaisses et fétides, prirent un meilleur aspect. Dix jours après l'accouchement, on vit apparaître les signes de la convalescence ; une large déchirure du périnée était en voie de cicatrisation.

Suffisantes quelquefois dans le cas de défaut d'énergie de l'utérus avec un fœtus normal, les tractions sur la tête seront absolument inefficaces, sinon dangereuses dans le cas de disproportion du volume du corps du fœtus avec la filière pelvienne. En effet, elles ne réussissent pas à engager le tronc parce qu'elles n'ont d'autre résultat que de relever davantage les épaules vers la base de ce tronc, d'en accroître le diamètre, et suivant la juste expression de M. Jacquemier, de serrer le nœud de la difficulté. On arracherait plutôt le cou que de faire avancer le reste du corps.

Ainsi notre but ne peut être à présent que d'aller chercher les aisselles pour exercer sur elles les tractions nécessaires au déga-

gement des épaules. Pour y arriver nous serons parfois obligé d'exercer des tractions sur la tête. Ces tractions, nous venons de le voir, devront être ménagées et soutenues. Elles seront effectuées pendant les contractions de l'utérus, secondées par les efforts volontaires d'expulsion de la parturiente, et l'on prendra soin de les diriger suivant l'axe du canal pelvien. Leur direction variera par conséquent suivant le point plus ou moins élevé où les épaules seront arrêtées dans ce canal.

Nous rechercherons particulièrement l'aisselle postérieure, l'antérieure étant ordinairement appliquée sur le corps du pubis droit ou gauche et inaccessible. Mais si des tractions suffisamment fortes et continues aussi longtemps que possible sans danger pour la mère restent sans résultat, il faudra y renoncer. Des tractions violentes outre qu'elles tuent le fœtus, peuvent occasionner des lésions fort graves aux organes maternels.

La poitrine ne s'engage pas, parce que, avons-nous vu, les épaules remontant vers sa base viennent en augmenter le volume et accroître de cette façon l'obstacle apporté à son passage. Quelle indication vient donc s'imposer si ce n'est celle de diminuer le volume de cette partie du tronc en cherchant à abaisser les épaules vers le sommet de la poitrine ? Tel est l'effet que l'on tend à obtenir en allant avec les doigts placés en crochets tirer sur les aisselles Mais il est bien certain que l'on arrivera encore d'une façon plus sûre à ce résultat, si l'on peut parvenir à dégager les bras. En effet, non seulement on diminuera ainsi les parties supérieures de la poitrine de toute leur épaisseur, mais encore on parviendra facilement à faire descendre comme précédemment les épaules sur les côtés du sommet du thorax. Enfin les tractions exercées sur ces bras étendus, outre cet avantage de diminuer la largeur du diamètre bi acromial produisent encore ce résultat heureux pour le glissement du tronc le long des parois du canal génital de faire disparaître les saillies abruptes formées par les moignons des épaules. Nous

avons vu que la position du bras antérieur en rendait souvent l'accès impossible. On ne défléchira donc la plupart du temps qu'un seul bras. Cette unique déflexion sera d'ailleurs presque toujours suffisante.

Voyons maintenant le mode d'application de ces différents procédés.

Les tractions exercées sur les aisselles devront autant que possible être opérées avec la main. Ainsi faites, elles sont sans danger pour l'enfant vivant. Ces tractions devront être pratiquées avec l'indicateur introduit en crochet sous l'aisselle. Si l'indicateur ne peut opérer des tractions suffisantes, ou si les doigts glissant continuellement sur les parties lubrifiées ne peuvent arriver à y trouver un point d'appui solide, il ne faut pas hésiter à aller saisir la racine du bras à pleine main, la main jouissant alors de toute sa puissance. Nous avons remarqué que l'épaule antérieure était généralement très difficilement accessible. Elle vient s'arcbouter sur le pubis et demeure à peu près immobile tout le temps que dure le dégagement de l'épaule postérieure. Mais ce n'est pas là une règle absolue; différents exemples cités entre autres par Ribemont-Dessaignes établissent que parfois l'épaule antérieure est celle qui permettra le plus facilement le dégagement du tronc par le procédé dont nous nous occupons. C'est là une remarque à noter pour en tirer parti à l'occasion si la première manœuvre échoue.

Quelle que soit l'épaule sur laquelle on opère, il ne suffira pas de tirer sur cette épaule pour faire sortir le tronc, il faudra encore diriger ses efforts de la manière la plus convenable pour le résultat que l'on veut obtenir, et c'est dans cette intention qu'il est indiqué de tirer concurremment sur la tête et sur l'aisselle accessible.

Lorsque les tractions opérées sur les aisselles avec la main n'ont point donné de résultat, ou bien lorsque l'épaule que l'on

veut atteindre n'est pas accessible au doigt, comme il arrive lorsqu'elle est retenue trop haut dans l'excavation, on peut avoir recours à une application de crochet mousse, presque toujours facile. Ce crochet a l'avantage d'offrir une prise solide et de permettre des tractions puissantes, mais il est dangereux à cause des pressions trop limitées auxquelles il donne lieu. Si le fœtus est mort, il ne faudra pas hésiter à en faire usage ; il n'en sera pas de même s'il est encore vivant. Dans un cas où M. Jacquemier avait été obligé d'en faire usage, il survint une déchirure assez étendue de la peau bien que l'aisselle fût exactement embrassée.

Mieux vaut avoir recours au dégagement des bras, quand à l'aide de tractions opérées avec la main sur les aisselles, on ne peut amener les épaules au dehors. C'est le procédé auquel conduit naturellement la doctrine de Jacquemier. L'expérience est venue en confirmer l'efficacité depuis que cet auteur en a bien fait comprendre l'action. Nous en avons déjà décrit les avantages. Les anciens accoucheurs le connaissaient. Mauriceau l'avait conseillé ; De la Motte, Smellie l'avaient mis en pratique. Rœderer, en 1765, indique ainsi les règles des manœuvres destinées à opérer le dégagement des bras dans les cas d'arrêt des épaules après la sortie de la tête :

« 1° On saisit le col d'une main et on élève la tête vers l'os pubis en la soutenant pour qu'elle ne retombe pas de son propre poids ;

» 2° On porte l'autre le long de la paroi postérieure du vagin dans la matrice, l'avançant jusqu'à l'épaule;

» 3° On coule ensuite les doigts depuis l'épaule jusqu'au pli du coude;

» 4° On y introduit les doigts que l'on plie en forme de crochets, ou, si on ne le peut pas, on amène le bras en saisissant le coude.

» 5° Pour ne point fracturer les os ni blesser le périnée, on ne tire point en ligne droite, mais en décrivant un arc ;

» 6° Il est rare qu'on ait besoin de crochets mousses ou de filets dont l'usage est incommode et même dangereux. »

Plus loin il dit :

Lorsqu'il y a paragomphose et que les tractions ne peuvent arriver à dégager le tronc, « si les épaules ne peuvent point passer, on dégagera les bras et on tirera l'enfant par ces parties. »

Plus tard, ce procédé tomba dans l'oubli ; Jacquemier l'en tira en en donnant une bonne théorie et faisant bien ressortir les heureux résultats auxquels il pouvait conduire. A l'appui de sa doctrine, il ne put apporter que de très rares observations. Comme confirmation de la valeur de cette méthode qui consiste à dégager les bras du fœtus pour l'extraction de tronc, et de la fréquence relativement grande des cas où l'on peut avoir avantage à l'appliquer, nous citerons pour notre part les trois faits suivants tirés de la pratique de M. le Dr Abelin, professeur d'accouchement à Rochefort. Ces trois faits ont été observés dans l'espace de quelques mois.

OBSERVATION IX

(Inédite)

Enfant volumineux. Arrêt du tronc après la sortie spontanée de la tête. Dégagement du bras postérieur et terminaison facile de l'accouchement.

Le 7 février 1887, à 10 heures du soir, je fus appelé par Mme Bucquet, maîtresse sage-femme de la Maternité, pour assister une de ses clientes, Mme S..., primipare, âgée de 23 ans, en travail depuis 26 heures environ. Cette jeune femme, dont la grossesse n'a pas présenté d'incidents, est à terme. Sa constitution est vigoureuse; elle ne présente aucune trace de rachitisme. Les premières douleurs ont fait leur apparition la veille, vers 7 heures du soir; depuis lors, le travail a régulièrement marché, quoique un peu lentement, jusqu'au soir du 7, vers 8 heures. A partir de ce moment, les contractions sont devenues de plus en plus rares et beaucoup moins énergiques.

La dilatation et la première partie de l'expulsion se sont faites normale-

ment, mais une fois arrivée sur le plancher périnéal, la tête a cessé de progresser, et c'est quelque temps après que les contractions se sont ralenties que cet arrêt de la tête s'est produit. C'est devant cet état de choses, les contractions étant faibles et irrégulières, la tête se trouvant derrière la vulve depuis près de deux heures, que la sage-femme m'appela à son aide.

A mon arrivée, la peau est chaude, mais le pouls n'est pas très fréquent (92), le travail semble vouloir reprendre, les contractions qui reviennent toutes les cinq minutes sont très douloureuses, mais énergiques ; à chaque contraction, la vulve s'entr'ouvre, et il est facile de prévoir que si les contractions se soutiennent, l'accouchement ne tardera pas à se terminer spontanément.

Le sommet se présente en O. I. G. A., la rotation n'est pas faite. Bosse séro-sanguine volumineuse. La vulve et le périnée, admirablement préparés, n'opposent aucune résistance à la sortie de la tête. Les battements du cœur du fœtus forts, réguliers, s'entendent sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Le liquide amniotique, qui s'écoule en petite quantité au début et à la fin de la contraction, n'est pas teinté de méconium. Je prévins la sage-femme et la famille qu'il était probable que l'accouchement allait se faire sans intervention, mais comme il n'était pas sans danger de laisser séjourner plus longtemps cette tête derrière la vulve, je me préparai à faire une application de forceps dans le cas où mes prévisions ne se réaliseraient pas promptement.

Un quart-d'heure après, la tête était expulsée spontanément. Mon premier soin fut d'explorer le cou du fœtus, car j'avais pensé à une brièveté normale ou accidentelle du cordon pour expliquer cet arrêt de la présentation; il n'y avait pas de circulaires.

La rotation interne du tronc se fit spontanément, l'épaule antérieure vint s'engager sous le pubis, mais malgré des contractions énergiques le dégagement des épaules ne se fit pas. Soulevant alors la tête du fœtus, et faisant soutenir le périnée par la sage-femme, je dégageai le bras postérieur avec assez de facilité et sans la moindre violence. Il suffit alors pour compléter le dégagement du tronc d'opérer quelques légères tractions sur l'extrémité céphalique, tractions dirigées un peu par en bas et concordant avec les efforts expulsifs de la mère. La sortie des hanches présenta aussi quelques difficultés, mais très facilement surmontables.

Enfant vivant, du sexe masculin. Poids, 4 kilogr. 450 gr. Délivrance et suite de couches absolument normales.

OBSERVATION X

(*Inédite*).

Arrêt du tronc après la sortie de la tête. Terminaison facile de l'accouchement après le dégagement du bras postérieur. Fœtus volumineux.

Le 27 mars 1887, je fus appelé par Mme Blanlœil, sage-femme, auprès de Mme R..., demeurant au Pont-Rouge, près Rochefort, en travail depuis la veille, 6 heures du matin. Je m'y rendis immédiatement vers 2 heures du soir, accompagné du Dr Roux, médecin de la marine. Mme R..., a 39 ans. Elle est secondipare. Son premier accouchement remonte à 10 ans et a nécessité une application laborieuse de forceps. Cette femme, dont le premier enfant est rachitique, a un aspect beaucoup plus vieux que son âge, mais ne présente aucune déformation des membres inférieurs ou de la colonne vertébrale. Elle est en travail depuis trente heures environ. Les contractions sont énergiques et fréquentes, le ventre est très volumineux, le palper difficile. Au toucher on constate que le col est dilatable, mais qu'il existe un œdème très considérable de la lèvre antérieure. Le sommet se présente en occipito iliaque droite transverse. Il est assez fortement engagé. Le promontoire n'est pas accessible. Les membranes sont rompues depuis 8 heures du matin. Il existe une bosse séro-sanguine considérable. A chaque contraction le liquide amniotique sort fortement teinté de méconium. Les bruits du cœur, faibles, irréguliers, s'entendent à mi-distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Précautions antiseptiques vaginales, instrumentales et manuelles avec la solution de Van Swieten. Application de forceps directe, assez facile. Après l'application, la suture sagittale est dirigée suivant le diamètre oblique droite. L'extraction, faite sans violences, fut laborieuse.

Aussitôt après le dégagement de la tête, on aperçoit le cordon procident à la commissure postérieure de la vulve. Il est flasque et sans battements. La rotation des épaules ne se faisant pas malgré des contractions énergiques, on opère la rotation artificielle à l'aide des doigts introduits en crochets sous les aisselles. Des tractions exercées à l'aide de ces doigts n'amènent pas le dégagement des épaules. On dégage alors le bras postérieur à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin, en même temps qu'on porte la tête fortement vers le pubis. Dégagement facile du tronc ensuite. Le fœtus est en état de mort apparente, cyanosé. Section du cordon, saignée d'une vingtaine de grammes. Flagellation ; respiration artificielle

(méthode de Schültze), etc. Ce n'est que près d'une heure après l'accouchement que l'enfant pousse son premier cri, et ce n'est que trois heures après qu'il respire régulièrement. Pendant ce temps la délivrance fut faite sans incidents par le docteur Roux. Suite de couches normales.

L'enfant du sexe masculin est volumineux.

OBSERVATION XI

(Inédite).

Fœtus volumineux. Arrêt du tronc après la sortie de la tête. Dégagement du bras postérieur.

Le 13 août 1886, à 7 heures du matin, un de mes confrères vint me prier de me rendre immédiatement auprès de sa sœur, Mme M..., en travail depuis la veille, 6 heures du soir.

Mme M... en est à sa troisième grossesse, elle est d'une constitution excellente et d'une santé parfaite. Aucun incident notable n'a marqué le cours de ses grossesses précédentes. Ses couches antérieures ont eu lieu à terme et le travail fut des plus faciles. Les deux enfants sont vivants et d'une excellente santé.

Le travail a commencé la veille vers 4 heures du soir, il a marché au début avec beaucoup de rapidité. A partir de la dilatation complète et de la rupture de la poche des eaux, la descente de la tête s'est effectuée lentement et la présentation a cessé de progresser une fois arrivée sur le plancher périnéal. Les contractions à partir de ce moment sont devenues plus rares, plus irrégulières, beaucoup moins énergiques. Administration par la sage-femme, qui assistait alors Mme M..., de 1gr50 de seigle ergoté en deux prises à un quart d'heure d'intervalle.

A mon arrivée, je constatais une excitation nerveuse considérable. Pouls fréquent, peau chaude, couverte de sueurs. Douleurs utérines presque continues avec exacerbations passagères sans efficacité. L'utérus dur, tétanisé, rend la palpation absolument impossible (il y a une heure environ que la dernière dose de seigle a été administrée).

La vulve est extraordinairement tuméfiée, la muqueuse présente une coloration violacée ; chacune des grandes lèvres, variqueuse, a presque le volume du poing. Le périnée est souple, quoique tuméfié. La tête est derrière la vulve en O. I. G. A. Bosse séro-sanguine peu volumineuse. Les battements

du cœur du fœtus recherchés avec soin ne peuvent être perçus; il ne s'écoule plus de liquide amniotique; mais, au dire de la sage-femme, il s'en est écoulé qui était fortement teinté par le méconium. La vessie est vide. Il y a au moins 4 heures que la tête est derrière la vulve. Je procède immédiatement à une application de forceps. Soins antiseptiques. Application oblique gauche relativement facile. Le dégagement de la tête se fait sans trop de difficultés.

La tête une fois dégagée reste fortement appliquée sur la vulve. Rotation artificielle des épaules. Le dégagement ne se faisant pas, tractions modérées sur la tête du fœtus, sans résultats. Tractions directes sur l'épaule postérieure par le doigt introduit en crochet sous l'aisselle ; l'aisselle antérieure n'a pu être atteinte. Pas de résultats. Introduction de deux doigts de la main droite sur le plan postérieur du bras gauche jusqu'au coude. Déflexion de ce bras, sans violence et avec assez de facilité. Les tractions sont alors renouvelées sur la tête du fœtus, et l'extraction du tronc s'opère facilement. Le fœtus est en état de mort apparente, absolument blanc. Cordon sans battements. Il fut impossible de rappeler l'enfant à la vie. Délivrance et suite de couches normales.

Le fœtus qui, à mon grand regret, n'a pu être pesé, était d'un volume bien au-dessus de la normale. Il avait 61 centimètres de longueur. Son poids devait dépasser 5 kilogrammes.

Récemment (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* 1886) M. Ribemont-Dessaignes remet en honneur, pour l'extraction du tronc du fœtus après la basiotripsie le procédé qui consiste à exercer sur ce tronc des tractions à l'aide de l'un ou des deux membres supérieurs de l'enfant dégagés. De plus, il fait remarquer qu'il peut arriver que l'on éprouve de très grandes difficultés pour abaisser l'un et l'autre bras. Le volume du fœtus, l'étroitesse du bassin, la rétraction de l'utérus, peuvent, dit-il, maintenir les épaules si élevées qu'on ne peut qu'avec une peine extrême arriver jusqu'au coude. Par contre, l'on arrive assez facilement jusqu'au creux de l'aisselle. Une pression un peu forte, exercée de haut en bas sur la face interne du bras suffit alors pour amener la disjonction de l'épiphyse supérieure de l'humérus. Dès lors, le

bras se plie aisément en deux et son abaissement s'obtient sans peine. Sept observations et différentes expériences qu'il rapporte viennent confirmer la valeur non douteuse de ces procédés. M. le Dr Abelin a eu cette année même l'occasion d'expérimenter le dernier dans les circonstances relatées par l'observation suivante que nous avons recueillie à l'une de ses cliniques faites à la Maternité de Rochefort :

OBSERVATION XII

(Inédite).

Rétrécissement du bassin. Céphalotripsie. Arrêt du tronc après la sortie de la tête et fracture du bras postérieur pour en opérer l'extraction.

Le jeudi 20 janvier 1887, j'étais appelé par dépêche pour me rendre à Aigrefeuilles près d'une femme en travail. Ne sachant de quoi il s'agissait, j'avais mis au complet ma trousse d'accoucheur. Arrivé à destination, je reçus du docteur Granier, de Saint-Aubin, les renseignements dont j'avais besoin. Il s'agissait d'une jeune femme, âgée de 20 ans, enceinte pour la première fois, ayant eu ses dernières règles le 25 mars 1886. D'après le dire des personnes de l'entourage, le début du travail remontait au moins à quatre jours. L'état de la parturiente était tel que je ne voulais pas la fatiguer par un interrogatoire prolongé. D'après la sage-femme qui l'avait assistée dès le début, la poche des eaux se serait rompue dès le commencement du travail, depuis quatre jours par conséquent, et la dilatation n'aurait été complète que le mercredi soir (nous étions au jeudi). Les douleurs auraient continué jusqu'au mercredi soir, époque où la sage-femme aurait encore entendu les bruits du cœur du fœtus.

Depuis ce moment, inertie complète de l'utérus, prostration de la malade.

Le jeudi matin, la sage-femme se décida à faire appeler le Docteur Granier qui vint aussitôt et tenta d'appliquer le forceps. Cinq introductions successives des branches furent infructueuses, le médecin n'était pas parvenu à articuler l'instrument. Il ne fut donc pas fait de tractions. C'est alors que je fus appelé.

A mon arrivée, vers 8 heures et demie du soir, l'état de la malade était le suivant : femme de petite taille, maigre, à facies un peu anguleux, ambes maigres et droites. Pas de courbure de la colonne vertébrale.

Pas d'indices de rachitisme dans les renseignements qui nous sont fournis sur l'enfance de la parturiente. Pour réveiller les contractions éteintes on a administré dans la journée trois grammes de seigle ergoté; mais l'utérus indocile refusa de se contracter.

Tels sont les renseignements qui me furent fournis; il est évident pour moi qu'ils ne furent pas complets; c'est aussi, l'opinion du confrère qui avait été appelé dans la matinée, la sage-femme cherchant surtout à dégager sa responsabilité.

Le faciès de la malade était grippé, les lèvres serrées, les narines dilatées. Elle ne se plaignait pas et répondait aux questions d'une façon assez lucide. Elle avait énormément souffert des reins, disait-elle; actuellement, elle ne souffrait plus que des jambes. La température ne paraissait pas élevée, mais le pouls battait 128; il était petit, misérable, quoique régulier. L'abdomen, développé comme par une grossesse à terme, présentait peu de météorisme, mais l'utérus tétanisé rendait la palpation impossible.

Pas de bruits du cœur à l'auscultation.

Au toucher, parties génitales externes énormément tuméfiées, conduit vaginal dilacéré par les applications de forceps de la matinée. Sensation d'un sommet fortement engagé. La suture sagittale est dirigée suivant le diamètre oblique droit, et la fontanelle postérieure se sent nettement à droite et en avant. Le diagnostic fut alors : présentation du sommet; tête engagée dans l'excavation en O. I. D. A.

Je me réservais d'ailleurs de compléter mon diagnostic lorsque la femme serait en position obstétricale, et je ne doutais pas alors de pouvoir extraire cette tête par une application de forceps. Je fis transporter à cet effet la malade dans un second lit mieux disposé que celui dans lequel elle était couchée, et je procédai à l'antisepsie de mes mains et de mes instruments.

La femme fut mise en position. En découvrant la vulve, je fus frappé de la tuméfaction énorme des parties génitales externes. L'orifice vulvaire, d'une coloration de charbon, présentait, ainsi que le vagin, de nombreuses éraillures. La fourchette était intacte.

Cathétérisme préliminaire; puis, après avoir de nouveau vérifié la position, je procède à l'application du forceps.

J'introduis avec peine trois doigts de la main droite entre la paroi latérale gauche de l'excavation et la tête, et l'introduction de la première branche que je veux placer directement a lieu avec quelques difficultés. Une fois introduite, elle se place d'elle-même en regard de la symphyse

sacro-iliaque gauche comme on doit la placer dans une application oblique gauche. La deuxième branche est introduite à son tour, sans violence, mais avec assez de difficulté. Les doigts qui la guident sont très gênés entre la paroi de l'excavation et la tête. On dirait que dans ce bassin il y a rapprochement des ischions et, par conséquent, rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur. Dans l'introduction de la branche droite, j'essaie de lui faire décrire le mouvement de spirale de Mᵉ Lachapelle sans y réussir, et cette seconde branche se trouve appliquée presque directement. Il en résulte une asymétrie des deux branches qui en rend l'articulation impossible. C'est ce qui était arrivé le matin au médecin d'Aigrefeuilles.

Ce ne fut pas sans peine, sans tâtonnements, sans tentatives multiples de redressements de la branche gauche conduite du reste avec autant de prudence que de douceur que je parvins à articuler les branches de mon forceps.

Tirant autant que possible suivant l'axe de l'excavation, je m'aperçus bientôt que rien ne bougeait, et que mes tractions modérées, il est vrai, mais continues étaient absolument infructueuses. Je confiai un instant le forceps au confrère que j'assistais, il ne fut pas plus heureux que moi.

L'état de la malade ne permettait pas de temporiser. Je perforai alors le crâne du fœtus à l'aide du perforateur de Blot, que j'appliquai entre les cuillers du forceps, sur la suture sagittale, un peu en avant de la fontanelle postérieure.

Le crâne une fois perforé, je repris les tractions; la matière cérébrale s'écoula, mais la tête ne s'engagea pas davantage, bientôt même je m'aperçus que sous l'influence de la déplétion de la boîte crânienne, mon forceps glissait et allait lâcher prise. Je jugeais inutile d'avoir recours à une nouvelle application de forceps; et je recourus aû céphalotribe de Bailly que j'avais avec moi. L'introduction des branches du céphalotribe fut relativement facile. L'articulation ne présenta pas les mêmes difficultés que pour le forceps et le broiement fut aisé. Le broiement une fois fait, la rotation ne put être opérée, et c'est à peine si sous l'influence des tractions, la tête chemina de quelques centimètres. Cet acheminement fut peut être plus apparent que réel, consistant tout simplement en un allongement du crâne. Le céphalotribe menaçant de glisser à son tour, je retirai l'instrument et en fis une nouvelle application, beaucoup plus élevée cette fois, l'articulation de l'instrument presque à la vulve, et les manches fortement inclinés en arrière, de façon à bien atteindre la base du crâne.

De temps en temps pendant les manœuvres précédentes, des gaz d'une odeur infecte s'échappaient par la vulve produisant un crépitement caractéristique en traversant les liquides qui baignaient la vulve. La sage-femme prétendait pourtant avoir entendu les bruits du cœur du fœtus la veille encore !

La seconde application du céphalotribe fut plus facile que la première ; la base du crâne, bien saisie, perpendiculairement au diamètre bi-pariétal, fut broyée d'une façon remarquable comme j'ai pu m'en convaincre ensuite. J'inclinai le céphalotribe de gauche à droite d'un quart de cercle et je recommençai mes tractions ; elles furent cette fois couronnées de succès, et quelques minutes après le sommet apparaissait à la vulve. Je relevai les manches du céphalotribe et je dégageai facilement la tête. Continuant à me servir du céphalotribe comme appareil tracteur, je tentai l'extraction du tronc.

Ces tractions furent faites avec prudence de peur de produire la décollation, mais elles n'eurent aucun résultat, qu'elles fussent faites à l'aide du céphalotribe, ou bien à l'aide d'une serviette entourée autour du cou du fœtus. Les craintes de décollement étaient d'autant plus fondées que le cou du fœtus présentait cette teinte brun-verdâtre que l'on rencontre parfois chez certains cadavres en voie de putréfaction. L'épaule antérieure était arcboutée sur le pubis, l'épaule postérieure très élevée pouvait à peine être atteinte. Le doigt reconnaissait le creux axillaire, mais ne pouvait l'accrocher. J'eus alors recours au crochet mousse qui, guidé par ma main gauche, put être assez facilement introduit dans l'aisselle. Les tractions à l'aide du crochet abaissèrent cette épaule, et bientôt je pus au crochet substituer mon index droit, et, *en brisant l'humérus, je réussis à dégager le bras postérieur.* Exerçant alors des tractions en même temps sur la tête et le bras dégagé, je réussis, non sans peine, à extraire le reste du tronc. Il s'écoula aussitôt de l'utérus une certaine quantité d'un liquide brun-verdâtre, épais, d'une odeur extrêmement fétide. Le fœtus commençait à se putréfier. Il m'a été impossible de le peser. Il était d'un volume bien au-dessus de la moyenne.

Le toucher pratiqué aussitôt l'accouchement permit d'atteindre facilement le promontoire. Le diamètre promonto-pubien mesurait 9 centimètres, mais je suis convaincu qu'étant donnée la tuméfaction de la vulve et en particulier du vestibule, le diamètre sacro-pubien ne devait pas mesurer plus de 8 centimètres à 7 centimètres et demi.

La délivrance se fit sans hémorrhagie, mais il fallut aller chercher le placenta tombé sur le col, l'état du cordon ne permettant pas la moindre traction.

Toutes ces manœuvres durèrent environ deux heures, et lorsque la jeune femme fut reportée dans son lit, son état n'était pas sensiblement plus grave qu'avant l'opération. Malgré cela il n'était pas sans nous donner les plus grandes inquiétudes. A la fatigue physique, à l'épuisement nerveux, conséquence d'un travail prolongé et inefficace, il fallait joindre un commencement de septicémie, due à la présence dans l'utérus d'un fœtus en voie de putréfraction depuis plusieurs jours vraisemblablement.

Soins antiseptiques; traitement tonique. Quoi que l'on fît, le pouls ne se releva pas et la malade mourut.

Etant donné le cas de cette femme, quelle aurait dû être la conduite de l'accoucheur appelé pendant la grossesse? Fixé par la mensuration du bassin sur les difficultés problables de l'accouchement à terme, il devait proposer l'accouchement prématuré à l'époque convenable. Quelle aurait dû être sa conduite pendant le travail? Attendre six à huit heures après la dilatation complète, si la mère ne souffrait pas. Tenter l'extraction par le forceps, une fois, deux fois, trois fois même au besoin suivant l'état de la mère, puis avoir recours à la céphalotripsie et aux différentes manœuvres indiquées pour le dégagement des épaules.

La nouveauté de cette méthode nous engage à reporter dans ce travail une observation analogue empruntée à M. le Dr Ribemont-Dessaignes qui l'a publiée dans la note des *Annales de Gynécologie de 1886,* dont nous avons déjà parlé :

OBSERVATION XIII

(*Résumée*).

Rachitisme ; bassin généralement trop petit ; basiotripsie ; fracture de l'humérus.

La nommée Anne B..., primipare, âgée de 45 ans, entre le 13 avril 1885 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Paul, n° 15, service du Dr Ribemont-Dessaignes. La grossesse n'a problablement pas dépassé le terme de 7 mois et demi; l'état du col et le développement de l'utérus aussi bien que le

volume du fœtus plaident en faveur de cette hypothèse................ .... Le 28 mai, à 7 heures du matin, les membranes se rompent spontanément et prématurément, et laissent s'écouler en abondance un liquide amniotique jaunâtre et épais. Les premières contractions du travail se font sentir le 31 mai, à 9 h. 1/2 du soir; elles continuent sans interruption toute la nuit, et amènent lentement une dilatation qui n'est complète que le lendemain, 1er juin, à 6 heures du soir. Une heure plus tard, les bruits du cœur s'étant ralentis, M. Leriche, interne de service, fait une application de forceps, mais ne peut engager la tête qui n'est qu'amorcée au détroit supérieur. Prévenu, j'essaye à mon tour d'extraire le fœtus, mais malgré une prise solide et des tractions énergiques et longtemps soutenues, je ne puis y parvenir. Je perfore alors la tête, très ossifiée, avec le perforateur alésoir du basiotribe, et je procède ensuite au double broiement de la tête. Le basiotribe l'engage peu à peu dans l'excavation, et bientôt l'amène au dehors, mais les épaules ne s'engagent pas, malgré des tractions énergiques. J'introduis alors l'index droit dans le creux axilliaire gauche du fœtus, et j'exerce avec lui une légère traction sur l'extrémité supérieure de l'humérus. Je sens un craquement sec et le bras plié en deux s'abaisse sans difficulté. Il me suffit alors de tirer légèrement sur la tête et à la fois sur le bras gauche pour entraîner la partie supérieure du thorax à travers le bassin et achever l'extraction du tronc du fœtus.

Délivrance artificielle. Suites de couches compliquées par une phlegmatia alba dolens peu grave. La malade quitte l'hôpital, guérie, le 14 août 1885.

Nous ne reviendrons pas sur les règles bien établies par Rœderer du dégagement des bras du fœtus dans les cas de rétention des épaules après la sortie de la tête. Nous savons qu'il faut, en attirant les bras, leur faire décrire autant que possible un arc sur le devant de la poitrine. Il faudra procéder à ce dégagement avec les plus grandes précautions afin de ne pas fracturer un des membres, si le fœtus est encore vivant. Cet accident arrive facilement quand on saisit l'humérus par sa partie moyenne (l'Obs. V nous en offre un exemple) ou que l'on presse trop fort vers sa partie supérieure sur sa face interne. Enfin il faudra relever fortement la tête pour le dégagement du bras postérieur, l'abaisser pour le dégagement de l'antérieur.

Le premier bras dégagé, il faudra tâcher d'extraire le tronc en tirant sur ce bras avec précaution et concurremment sur la tête pour guider la direction des tractions.

Si le tronc présente une trop grande résistance, il ne faut pas insister. Le bras pourrait, comme dans l'observation suivante de Mauriceau rapportée par Jacquemier, rester dans la main de l'accoucheur.

OBSERVATION XIV

Mauriceau dit avoir accouché une femme d'un enfant extrêmement gros, après qu'une sage-femme et trois assez célèbres chirurgiens s'y furent lassés inutilement. La sage-femme essaya d'abord de le tirer par la tête qu'il présentait ; mais comme il avait vraisemblablement les épaules fort larges et proportionnées au reste du corps, elle ne put venir à bout de tirer dehors cet enfant qui pour lors était vivant, ainsi qu'il paraissait par les mouvements manifestes de sa tête. Le premier chirurgien appelé fit de si violents efforts pour tirer la tête de cet enfant, qu'il la sépara entièrement du corps restant toujours arrêté au passage par la grosseur des épaules. Le second chirurgien arracha les deux bras l'un après l'autre sans pouvoir venir à bout de réussir à faire suivre le corps. Le troisième parvint à atteindre un pied et tira si fort dessus que l'os de la jambe se sépara de l'os de la cuisse. C'est en dégageant les deux membres inférieurs et en tirant dessus que Mauriceau parvint à extraire le corps de ce gros enfant. Ces manœuvres avaient duré plus de trois heures. La femme éprouva dès le second jour des accidents redoutables et mourut le sixième jour.

Les tractions sur un bras sont-elles insuffisantes, cherchez à dégager l'autre bras. Ne peut-on réussir de cette façon à extraire le tronc, force sera bien alors de recourir à l'embryotomie, à moins de s'exposer en continuant à tirer sur le cou ou les bras à produire leur arrachement.

Supposons que cet accident survienne. Ira-t-on comme dans l'exemple cité plus haut de Mauriceau ou dans celui de De la Motte (Obs. CCLI) pratiquer la version pour extraire le tronc ? Assuré-

ment non. Mieux vaudrait fixer dans ce cas un crochet sur le rachis, opérer le dégagement du second bras, si le premier seul avait été extrait, et si cette manœuvre était impossible ou ne suffisait pas, pratiquer l'éviscération ou même la céphalotripsie appliquée sur le tronc. Dans ces cas malheureux une règle de conduite qui doit primer toutes les autres est celle de ménager la santé de la mère le plus possible, et dans les circonstances qui nous occupent, ces dernières manœuvres auraient au moins sur la version, l'avantage d'épargner des distensions souvent fatales à des parties déjà irritées, sinon déchirées.

Ne peut-on au moyen de tractions exercées sur un bras et la tête faire sortir le tronc, et, d'un autre côté, la situation de la tête par rapport aux organes maternels ne permet-elle pas le dégagement du second bras, il faudra recourir à l'éviscération. Si l'éviscération ne suffit pas, il faudra pratiquer l'embryotomie soit avec les longs ciseaux de Dubois, soit avec un des embryotomes à fil métallique récemment inventés et si ingénieux. De quelque instrument que l'on use, il faudra autant que possible pratiquer l'embryotomie en écharpe, de manière à conserver au moins un bras procident pour opérer les tractions sur le tronc.

L'éviscération permettra presque toujours l'extraction facile du tronc, surtout si elle est pratiquée après le dégagement d'un bras. Il ne faudra avoir recours à la céphalotripsie appliquée sur le tronc qu'à la dernière extrémité. Il ne faut pas oublier que le céphalotribe peut avoir pour effet la fracture de plusieurs côtes à leur partie moyenne, côtes dont les fragments formant autant de pointes aiguës peuvent non seulement percer la peau qui les recouvre, mais s'implanter encore dans les tissus de la mère. Aussi faudra-t-il, si on le peut, introduire les doigts de temps en temps dans le vagin pour surveiller attentivement le cheminement des parties broyées et être toujours prêt à remédier à l'action des fragments osseux sur les parois du conduit génital.

Je citerai pour mémoire un cas tout à fait exceptionnel rapporté par le docteur Lizé, du Mans, dans l'observation suivante extraite des *Annales de Gynécologie* de 1880.

OBSERVATION XV

Présentation du sommet. Extraction de la tête et d'un bras ; impossibilité d'extirper le tronc à cause du grand diamètre des épaules ; mort de la mère sans être délivrée.

La femme Chevalier, 34 ans, multipare, bien constituée, est prise des premières douleurs le lundi 14 novembre, à 4 heures du matin. Vers les 10 heures, un médecin de la localité est appelé ; vers les 6 heures du soir, un autre médecin est appelé à son tour. Plusieurs tentatives d'application de forceps n'amenant aucun résultat, les deux confrères précités réclament le concours du docteur Derouze, sur les 10 heures de la nuit, pour une opération de crâniotomie probable.

« J'arrive auprès de la malade à 1 heure du matin, dit ce médecin, le mardi 15, 21 heures après le début du travail ; je trouve la femme très affaiblie, le pouls est déjà faible et fréquent ; cependant la femme a beaucoup de courage, se donne beaucoup de mouvements, a des contractions énergiques et est prête à se soumettre à tout pour qu'on la délivre. Je constate d'abord que les parties sont très tuméfiées, la membrane muqueuse excoriée en plusieurs endroits par les tentatives précédentes, mais rien de grave ni d'anormal dans tout cela. La tête est fortement engagée en occipito-cotyloïdienne droite. J'applique immédiatement le forceps sans de grandes difficultés. J'exerce des tractions avec ménagement d'abord, puis je m'anime un peu, puis enfin j'emploie des forces toujours croissantes et ce n'est que petit à petit que je vois le pivot de mon forceps s'éloigner des parties génitales externes qui, comme je l'ai dit, étaient tuméfiées ; au fur et à mesure que je sens mon forceps approcher, la femme redouble de courage et me seconde puissamment.

Enfin, après une heure de tractions, j'amène une volumineuse tête en deuxième position. Un léger mouvement de restitution s'opère, par lequel la face se tourne vers la cuisse gauche de la mère. Mais là tout mouvement est suspendu ; si l'on veut tirer sur la tête, le cou ne s'allonge pas du tout au dehors; rien ne bouge; les contractions de la matrice se suspendent ;

le pouls ne se perçoit plus; bientôt la femme expire, les choses étant à ce point, c'est-à-dire la tête et le bras étant au dehors. Mes collègues me relèvent et tentent de terminer l'accouchement sur ce cadavre. Mais leurs efforts sont impuissants; nous faisons l'opération césarienne pour examiner de plus près la situation. La position de l'enfant dans la matrice est des plus régulières; le dos regarde à droite et en avant, le bras gauche étendu et libre sur le côté du tronc; tout le corps de l'enfant est très volumineux. Un de nous, pressant sur le corps de l'enfant, veut imiter les contractions de la matrice, pendant que l'autre t re sur la tête et le bras qui est dehors. Efforts inutiles! L'épaule gauche s'arrête toujours contre le pubis. Alors nous pratiquons la symphyséotomie et aussitôt sort un enfant magnifique. Le cordon étant coupé, nous le pesons. Il a neuf livres en poids et 59 centimètres de longueur; le diamètre bi pariétal a 10 centimètres, l'occipital 11 centimètres, le bi acromial 13 centimètres.

Cette observation, qui vient à l'appui de notre thèse en démontrant les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'extraction du tronc du fœtus par suite de l'excès de volume des épaules, est intéressante non seulement à ce point de vue, mais aussi en venant confirmer l'opinion de Jacquemier sur la position normale du fœtus dans la matrice lors de l'arrêt des épaules dans le canal pelvien. Nous y remarquerons encore le défaut d'une intervention suffisante de la part de l'accoucheur et le dénouement fatal qui paraît en avoir été en partie la conséquence. Il n'est même pas indiqué dans cette observation que le dégagement du second bras ait été tenté. S'il l'avait été, peut-être l'accouchement se fût-il terminé plus promptement.

Comme traitement prophylactique, la conduite à tenir sera bien différente suivant que l'on aura eu à faire dans les grossesses antérieures à un excès de volume absolu ou à un excès de volume relatif des épaules du fœtus. Si une femme à bassin normal a eu à une de ses grossesses un enfant exceptionnellement volumineux, il ne s'en suit pas que fatalement ses enfants dans la suite deviendront de plus en plus gros. Dans ce cas l'expectation sera la règle.

Mais que l'exagération du volume du fœtus au lieu d'être absolue soit relative, qu'il s'agisse d'une viciation absolue du bassin, il y aura lieu d'intervenir par l'accouchement prématuré artificiel à une époque déterminée par le degré de retrécissement et parfois aussi par l'excès de volume habituel des fœtus précédents. Dans quelques observations citées par Chailly-Honoré et ayant trait à un excès de volume général du fœtus coïncidant avec un léger retrécissement du bassin de la mère, cette méthode a donné d'excellents résultats.

Il n'en est pas de même de celle, complètement abandonnée d'ailleurs, qui consistait à infliger à la mère le régime des saignées et de la diète, méthode ne répondant nullement aux espérances qu'elle avait fait naître, inacceptée la plupart du temps par la mère et fort dangereuse pour sa santé ainsi que pour la vie de son fœtus.

Nous avons parlé brièvement du spasme du col, de l'étroitesse de la vulve, du fœtus emphysémateux, de l'hydrothorax, de l'œdème généralisé, des monstruosités, etc., cas exceptionnels qui peuvent, bien qu'indirectement, se rattacher à notre sujet. Le traitement de ces cas pathologiques ne saurait être exposé ici. Disons seulement que dans les cas rares où le spasme du col utérin se produirait sur le col du fœtus, à moins que la mort de celui-ci ait été bien constatée, auquel cas on pourrait recourir aux moyens ordinaires pour faire cesser ce spasme, l'indication sera d'agir promptement pour éviter l'asphyxie imminente de l'enfant. Le débridement du col sur les parties latérales sera donc le moyen que l'on devra de suite chercher à utiliser.

Si l'étroitesse de la vulve s'oppose au dégagement du tronc, des tractions opérées sur l'épaule postérieure avec le doigt introduit en crochet dans l'aisselle correspondante, tandis que l'autre main relève la tête et le cou vers le pubis suffiront souvent à vaincre l'obstacle. Mais n'oublions pas pendant ces manœuvres que

c'est surtout dans les cas où les épaules du fœtus seront volumineuses qu'il faudra surveiller les ruptures du périnée, si fréquentes déjà dans les cas ordinaires. Si l'on ne pouvait par les moyens classiques prévenir cette rupture du périnée, il faudrait avoir recours à l'incision médio-latéralisée de Tarnier.

Pendant toutes ces manœuvres dont nous avons parlé dans le courant de notre sujet, il ne faut pas oublier que les soins antiseptiques les plus minutieux de la vulve, des mains, des instruments devront être observés. Il en sera de même pendant les suites de couches. Ces précautions seules suffiront fréquemment à diminuer la gravité du pronostic des cas de dystocie dont nous venons de nous occuper.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

VU, BON A IMPRIMER :
Bordeaux, le 5 juillet 1887.
Le Président,
Dr MOUSSOUS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 juillet 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

11,618. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.